FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 102.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS EXTRA-GÉNITALES

DE LA BLENNORRHAGIE

LA GONOCOCCIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1896

PAR

Ernest MURAT

INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER

Né à CONSTANTINE (Algérie), le 8 Décembre 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. COYNE	professeur	*Président*
	ARNOZAN	professeur	*Juges*
	MESNARD	agrégé	*Juges*
	SABRAZÈS	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 102.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS EXTRA-GÉNITALES

DE LA BLENNORRHAGIE

LA GONOCOCCIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1896

PAR

Ernest MURAT

INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER

Né à CONSTANTINE (Algérie), le 8 Décembre 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. COYNE	professeur	*Président*
	ARNOZAN	professeur	*Juges*
	MESNARD	agrégé	*Juges*
	SABRAZÈS	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

—

1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Medecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. Le DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR COYNE

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Notre savant maître, M. le Professeur Gémy, a été l'inspirateur de ce travail inaugural. Notre premier devoir est de lui en témoigner ici notre très vive gratitude.

Pendant deux années, trop courtes, nous nous en rendons compte maintenant, nous avons été son élève à la Clinique de Mustapha ; elle compteront parmi les meilleures de notre éducation médicale. Notre seul désir est de pouvoir suivre longtemps encore son enseignement afin de compléter sous sa direction des études auxquelles sa haute compétence clinique, en même temps que son extrême bienveillance, ont su nous attacher plus particulièrement.

Notre excellent ami, M. le docteur Raynaud, chef de clinique à l'Ecole de médecine d'Alger, a aussi plus d'un titre à notre reconnaissance.

C'est à lui que nous devons une partie des documents publiés dans ce travail, ainsi que des conseils qui nous ont été d'un secours précieux. Qu'il reçoive ici, en même temps que l'assurance de notre amitié, nos très vifs remerciements.

M. le professeur Moreau, dont nous avons été l'interne à Mustapha et le préparateur à l'Institut Pasteur d'Alger, ne nous a pas ménagé non plus ses bienveillants et savants conseils. Il est de ces maîtres dont on se souvient et auxquels on retourne. Nous lui adressons, ici, une trop faible expression de notre reconnaissance et nous désirons seulement l'occasion de la lui mieux témoigner.

Que tous nos maîtres d'Alger et de Bordeaux soient ici sincèrement remerciés, et que M. le professeur Coyne, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, reçoive l'expression de notre vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Après avoir parlé des accidents locaux ou de voisinage qui compliquent la blennorrhagie, Fournier, dans son article du *Dictionnaire* de Jaccoud s'exprime ainsi : « Les autres accidents, d'un caractère tout différent, se produisent à distance de l'urèthre et ne peuvent plus être considérés comme de simples phénomènes d'irradiation inflammatoire. Ils se développent, chose singulière, sur des organes qu'aucune relation anatomique, qu'aucune dépendance fonctionnelle ne relie à l'urèthre. *On les prendrait volontiers pour les manifestations d'un état général, d'une infection constitutionnelle, d'une diathèse.* »

Voilà posée par le maître parisien, avant l'apparition des doctrines microbiennes, la candidature de la blennorrhagie, maladie locale, au rôle de maladie générale, de maladie diathésique.

Avant lui Selle et Swediaur, au siècle dernier, avaient déjà reconnu la liaison de certaines arthropathies avec la blennorrhagie uréthrale. Ils avaient signalé ce fait en 1781.

Cinq ans plus tard, en 1786, il devait être confirmé par J. Hunter.

Home, en 1803, signale des complications nerveuses. Puis Ribes en 1812, Laënnec en 1826, Jourdan en 1829 apportent des faits nouveaux et vulgarisent la doctrine qui rattache le rhumatisme à la chaude-pisse.

Nous n'avons pas à entrer ici dans les savantes discussions que souleva la question du rhumatisme blennorrhagique.

Il nous importe seulement de constater que, après les travaux de Ricord (Leçons à l'Hôpital du Midi de 1833 à 1855) de Foucard, de Brandes (de Copenhague), la célèbre discussion devant la Société médicale des Hôpitaux en 1867 à laquelle prirent part Fournier, Féréol, Hervieux, Pidoux, Lorrain, Guéneau de Mussy, le rhumatisme blennorrhagique devient un fait clinique universellement admis.

C'était là le point de départ. D'autres phénomènes pathologiques sont ensuite rattachés à la blennorrhagie. Selle avait déjà signalé les éruptions cutanées, Abernethy, Mackensie enfin et surtout Ricord y rattachent l'ophtalmie dite rhumatismale.

Puis les recherches et les observations se multiplient. En 1869, Fournier fait sa communication sur la sciatique blennorrhagique. Les travaux de Sucquet, de Vachée, de Welkœr paraissent à la même époque.

Comme il fallait expliquer la pathogénie de ces accidents et que Swediaur avait signalé la diminution et même la suppression de l'écoulement lors de l'apparition des accidents à distance, on en avait tiré cette conclusion doctrinale que les accidents articulaires étaient le résultat d'une métastase sur les jointures.

Une observation plus attentive fit justice de cette prétendue

métastase. Après Ricord, Fournier s'élève contre cette doctrine. Il proclame que l'écoulement peut ne pas disparaître lors de l'apparition des accidents généraux.

La découverte par Neisser de l'agent spécifique microbien de la blennorrhagie en 1879, confirmée en 1882, semble devoir trancher définitivement la question. La généralisation par invasion microbienne explique tout, et l'étude de la blennorrhagie, maladie générale, entre dans une phase nouvelle.

La recherche et la découverte du micro-organisme deviennent l'objectif expérimental des partisans de l'infection blennorrhagique, jusque-là seulement établie par des faits cliniques.

Chotier et Hulsund, en 1884, essayent d'établir la présence du gonocoque dans les articulations frappées de rhumatisme blennorrhagique. La même année, Balzer, puis Andret, puis Mesnet se livrent aux mêmes recherches à propos des manifestations cutanées.

Dans le pus d'un abcès cutané, Sahli (1887) trouve le microcoque de Neisser. La péritonite blennorrhagique à gonocoques est signalée par Ceppi. Cette découverte est confirmée par Wertheim, puis par Charrier en 1892.

Cependant, en 1887, Ch. Audry inocula sans succès le gonocoque dans les veines ou dans les articulations d'animaux d'expériences. Nous dirons plus loin que nous n'avons pas été plus heureux dans une entreprise semblable.

Bornemann (1887) fait l'analyse bactériologique de trois cas de rhumatisme articulaire blennorrhagique et ne trouve pas le gonocoque. Aubert n'est pas plus heureux. Guyon et Janet (1889) arrivent aussi à des résultats négatifs, même avec des examens précoces. Stradigopoulos (1888) n'arrive pas à établir nettement la nature gonococcienne de la phlébite au cours de la blennorrhagie.

Il ressort de ces recherches que le microcoque de Neisser n'est pas constamment trouvé dans les manifestations à distance de la chaude-pisse. Alors, que penser ? Faut-il donc rejeter ce que la clinique a si complètement démontré ? N'y a-t-il donc aucun lien entre les phénomènes morbides généraux survenant au cours d'une blennorrhagie et cette blennorrhagie ? Une autre pensée vient aux observateurs. A côté du gonocoque, dans le pus uréthral, de nombreux microbes ont été signalés (Legrain 1889). Ne sont-ils pas les agents de l'infection secondaire généralisée (Legrain, 1889. Stern, 1892. Jullien, 1892).

Eraud va même jusqu'à nier la spécificité du gonocoque.

Puis on accuse les toxines, produits de sécrétion des microbes (Fürbringer 1890).

Nous examinerons successivement dans le cours de ce travail chacune de ces hypothèses.

Cependant d'autres faits cliniques viennent encore s'ajouter à la liste déjà si nombreuse des complications à distance de la blennorrhagie.

Arnozan et Cheminade, en 1890, signalent le pouls et le cœur des blennorrhagiques. Déjà en 1882 avait paru la thèse de Delprat sur les lésions cardiaques au cours de la chaude-pisse.

Darier, en 1889, parle d'arthrite à la suite d'ophtalmie purulente.

En 1889, puis en 1895, Raynaud publie des cas de périostite déjà signalée par Verneuil en 1868.

Avec André (1884), Balzer (1884), Gilbert Ballet (1885), Perrin (1890), Pellan (1893), l'attention est éveillée sur les manifestations cutanées.

L'albuminurie au cours de la chaude-pisse fait l'objet d'importantes recherches (Balzer, Souplet, Arnozan).

Bonnet, en 1877, signale les complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique.

Spilmann et Haushalter (1891), Raymond (1891), Raynaud (1892) parlent des complications spinales de la blennorrhagie.

Pidoux, en 1868, avait observé une arachnitis purulente.

Panas, en 1890, signale une névrite optique.

Cullere, en 1894, prononce le mot de folie blennorrhagique et cite à ce sujet un mémoire de Silvio Ventori.

Raynaud, en 1891, signale l'hystérie et l'hypochondrie.

Enfin Souplet (1893), Patoir (1893), Bosc (1894) synthétisent la question et parlent hardiment de l'infection blennorrhagique.

Cet aperçu historique est loin d'être complet. Nombreux sont encore les travaux publiés en France et à l'étranger sur le problème des accidents consécutifs à la blennorrhagie; nous nous sommes contenté d'indiquer ceux qui nous ont paru le résumer le plus complètement.

CHAPITRE II

« Il suffira, écrit Patoir dans sa thèse inaugurale, il suffira d'être prévenu de la possibilité d'une réaction générale chez un blennorragique pour qu'on la cherche et qu'on la trouve souvent. »

On l'a vu dans l'historique qui précède : du jour où fut établie cliniquement l'existence du rhumatisme blennorrhagique l'attention fut éveillée, les observations se multiplièrent.

A les compulser on n'est pas peu surpris de constater que la blennorrhagie peut être la cause immédiate de l'apparition de phénomènes morbides dans les différents systèmes de l'organisme.

Si Ricord disait vrai en parlant de la chaude-pisse, si « tout le monde l'a eue, l'a ou l'aura », on peut s'étonner, la maladie n'étant pas nouvelle, qu'une vérité pathologique d'ordre aussi important n'ait pas été signalée depuis bien longtemps déjà et qu'encore aujourd'hui elle ne soit pas pour tous définitivement établie.

Mais si les accidents blennorrhagiques sont variés, ils sont aussi relativement rares; tout au moins les accidents à grand tapage, ceux dont la durée et l'intensité exigent une intervention thérapeutique ; car nous essayerons de démontrer que

toute chaude-pisse, même légère, est le plus souvent accompagnée d'un état général particulier, assez peu marqué dans la plupart des cas pour que l'attention du malade lui-même ne soit pas éveillée. Ainsi se trouvera alors établie l'existence de l'intoxication blennorrhagique pour ceux-là mêmes qui pensent avec Mauriac que « si l'intoxication existe, il est indubitable qu'elle doit donner toujours plus ou moins signe de vie. »

Les accidents sérieux de la blennorrhagie, avons-nous dit, sont relativement rares ; ainsi se trouve expliqué que la relation de cause à effet qui existe entre les manifestations dont nous parlerons et l'écoulement uréthral blennorrhagique ait pu pendant si longtemps échapper à l'attention des observateurs. En ce qui concerne par exemple le rhumatisme blennorrhagique, manifestation la plus ordinaire de l'infection, Grisolle (1866), Besnier (1877), Jullien (1886), le constatent dans 3 0/0 des cas. La diversité même des manifestations devait en rendre plus difficile encore l'observation clinique.

Certes, l'histoire n'en est pas complète, chaque jour apporte un fait d'ordre nouveau, et Reclus qui, dans son *Traité de pathologie externe* de 1893, définit l'arthrite blennorrhagique : « L'inflammation que produit dans les jointures la présence du gonocoque de Neisser », rectifie presque aussitôt après, écrivant : « La question n'est pas résolue, la définition par laquelle débute cet article est peut-être prématurée. » Non-seulement le cadre n'est pas complet, mais il est encore, semble-t-il, peu solide.

Nous avons pensé qu'une étude d'ensemble, qui ne sera certes pas nouvelle et qui n'aura que le mérite d'être consciencieuse dans la mesure de nos moyens, pourrait présenter un certain intérêt. C'est dans ce but que nous avons entrepris ce travail.

Aux faits cliniques que nous allons apporter, nous aurions voulu joindre des démonstrations expérimentales; malheureusement le temps et les moyens nous ont manqué et quelques tentatives infructueuses, dont l'insuccès ne peut être attribué qu'à notre inexpérience, nous ont fait renoncer à ce beau projet.

A l'exemple de M. le professeur Leloir et de son élève le docteur Patoir, dont l'excellente thèse inaugurale nous a rendu plus d'un service dans le cours de ce travail, nous diviserons notre sujet en deux parties principales :

1° Accidents généraux de la blennorrhagie ;

2° Accidents localisés de la blennorrhagie.

Nous passerons ensuite en revue les différentes théories de la pathogénie de ces accidents et des causes qui peuvent favoriser leur apparition ; puis, faisant la synthèse des faits exposés, nous nous efforcerons d'établir qu'il y a peut-être lieu de grouper sous un même terme générique de *gonoccocie* tous ces accidents si différents d'allure, si variés dans leurs formes.

CHAPITRE III

Accidents généraux de la blennorrhagie.

Quand nous parlons des accidents généraux de la blennorrhagie, nous ne voulons pas désigner l'ensemble des symptômes morbides qui accompagnent toujours ou presque toujours l'évolution d'une manifestation blennorrhagique nettement localisée, d'un pseudo-rhumatisme articulaire par exemple. Dus probablement à la résorption des produits microbiens fabriqués au niveau de l'urèthre, les accidents que nous avons en vue ne peuvent être rattachés à aucune lésion organique appréciable.

Précoces ou tardifs dans leur apparition, le plus souvent précoces cependant, ils sont légers ou graves.

A. — Accidents légers.

Après bien d'autres, nous allons parler de l'état languissant particulier qui apparaît dès les premiers jours de l'évolution d'une chaude-pisse. Pidoux, parlant des malades chez

lesquels il avait remarqué cet état particulier, s'exprimait ainsi en 1866 : « Leur pâleur, l'expression terne du regard, quelque chose de relâché dans les traits du visage, un peu d'amaigrissement rapide et de décoloration blafarde de la peau, semblent indiquer chez eux l'existence d'une maladie ancienne ou grave, et cependant il ne s'agit que de l'inflammation de 1 ou 2 centimètres d'un canal muqueux très étroit, avec sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de muco-pus. »

Voilà bien, en effet, l'habitus spécial au blennorrhagien ; il s'agit d'une anémie, — nous en donnerons des preuves dans le cours de ce chapitre, — mais d'une anémie à cachet particulier, caractérisée par un aspect spécial que nous appellerons volontiers le *facies blennorrhagique*. Un tel fait clinique échappe en réalité à la description. « Il existe, en effet, entre les différentes maladies des nuances difficiles à traduire par des mots et qui suffisent cependant à un praticien exercé pour affirmer presque à coup sûr qu'il s'agit ou ne s'agit pas de telle ou telle affection, de même qu'un botaniste distingue tout de suite une plante d'une autre plante sans avoir besoin de recourir à son caractère propre » (Dieulafoy).

Ajoutez à cela un peu de fièvre qui ne dépasse pas 38°, de la courbature, des céphalées intermittentes peu intenses, de l'insomnie, des troubles gastriques, un peu de tristesse, et vous aurez le tableau complet de cette première forme légère de l'intoxication blennorrhagique. C'est à ces accidents que nous faisions allusion au début de ce travail, quand nous disions que toute chaude-pisse, même légère, est le plus souvent accompagnée d'un état général parfois assez peu marqué pour que l'attention du malade lui-même ne soit pas éveillée.

Le plus souvent, écrivons-nous, et nous avons presque envie de dire, toujours.

Le malade, qui n'est venu consulter un médecin que lors-

que sa chaude-pisse a été bien confirmée, a oublié ces petits malaises du début, et le médecin ne songe pas à l'interroger à ce sujet. Car c'est, en effet, dès le début, souvent même pendant l'incubation de la chaude-pisse qu'apparaissent les accidents signalés plus haut; leur durée est généralement courte, d'autant plus courte que les conditions hygiéniques dans lesquelles vit le malade sont plus parfaites.

A quoi les attribuer ? On a invoqué l'état de dépression morale et l'hypochondrie qui accompagnent les maladies des organes génito-urinaires. Nous voulons bien admettre que pour des malades de certaines classes sociales, les soucis que causent une affection génitale aient une certaine valeur dans l'étiologie de la fièvre, de l'anémie, de la tristesse. Mais, en ce qui concerne la clientèle hospitalière, croyez-vous que de telles considérations troublent beaucoup les malades ? Cependant, chez eux comme chez les autres, on observe de la fièvre et de l'anémie. Et puis, nous ferons aussi remarquer que rien de semblable ne se passe, généralement du moins, dans l'évolution d'un chancre génital, d'une végétation; et que, d'autre part, Finger a vu s'établir le blennorrhagisme à la suite de la conjonctivite à gonocoque. Cette dernière remarque nous semble devoir faire triompher la théorie de l'intoxication blennorrhagique.

Comment expliquer cette intoxication ? Faut-il admettre le passage direct du micro-organisme dans le sang ?

Capitan déclare avoir trouvé le gonocoque chez un malade qui présentait seulement des complications fébriles; mais nous ignorons à quelle époque de l'évolution blennorrhagique a été faite cette constatation. Or, nous savons que les complications peuvent apparaître dès la période d'incubation de la blennorrhagie. Dans ces cas, tout au moins, le passage des micro-organismes dans le sang ne peut être invoqué.

Il nous semble, faute de mieux, plus logique d'admettre que l'empoisonnement est seulement dû à la résorption des toxines fabriquées au niveau de l'urèthre (Leloir).

Nous devons dire que la femme, pas plus que l'homme, n'est à l'abri des complications que nous venons de signaler, avec une fréquence moindre cependant. Des complications fébriles ont été signalées à la suite de la vulvite et de la vaginite (Finger).

Nous allons donner maintenant deux observations de complications blennorrhagiques légères. L'une est empruntée à la thèse de Patoir et tirée du *Recueil d'observations* de la clinique du professeur Leloir, l'autre est personnelle.

Observation I

(Tirée de la thèse de Patoir.)

Adolphe D..., âgé de vingt et un ans, exerçant la profession de cordonnier, entre le 19 mars 1888 à la salle des vénériens.

Rien d'intéressant à relever dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le sujet n'a jamais été malade. Il ne présente pas de traces de strume. Il est d'habitude un peu pâle, mais il déclare cependant que si le teint n'est jamais très coloré, les muqueuses (lèvres et conjonctive) sont au contraire toujours très rouges. Pas de chaude-pisse antérieure.

Le mardi gras de 1888, il pratique le coït avec une ouvrière fileuse chez laquelle jusque-là il n'avait rien trouvé de suspect. Tous deux s'étaient livrés à de copieuses libations où la bière figura pour beaucoup, avaient dansé toute la soirée et s'étaient ensuite comportés vaillamment, selon le précepte de Ricord (cinq ou six rapports, nous

dit le malade). Aussi, dès le lendemain dans l'après-midi, le malade ressentait les premiers symptômes de la blennorrhagie et le surlendemain il était en plein écoulement. Pendant un certain temps il prend de la tisane de graine de lin et des capsules de copahu, et continue à travailler comme d'habitude. Huit jours de ce traitement n'amenèrent aucune amélioration. Il s'aperçut au contraire que, sa journée de travail finie, il éprouvait une sorte de courbature générale qui ne lui était pas habituelle. De plus, sans avoir à proprement parler de souffrances, il se sentait la tête lourde, il éprouvait une sorte de pesanteur à la région lombaire. Il y avait une légère inappétence : le malade pâlissait et maigrissait. Nous insistons sur ce qu'il nous dit de sa pâleur. « Je n'ai jamais été bien rouge, mais je suis devenu beaucoup plus pâle encore et j'ai beaucoup maigri. » De plus, de temps en temps et surtout vers le soir, il était pris de frissons et de fièvre. L'écoulement était resté stationnaire.

Il ne se soigne plus, boit et danse. Aussi, un matin, s'aperçoit-il que ses bourses deviennent douloureuses et se gonflent. Il entre à l'hôpital deux jours après.

Etat actuel. — Homme de médiocre constitution, aux chairs molles, d'aspect lymphatique. Ne présente rien aux poumons ni aux autres viscères. La peau est sèche, un peu brûlante, d'une teinte cireuse. Les muqueuses sont fortement décolorées, la conjonctive surtout est tout à fait blanche. L'écoulement, qui avait disparu au début de l'orchite, commence à réapparaître, l'orchite s'amendant déjà. Le testicule droit est gros comme un œuf de dinde. L'épididyme est engorgée et dure à la pression. On note un cordon lymphangitique de la grosseur d'une plume d'oie le long du pli de l'aîne droite. Quelques ganglions engorgés du même côté.

Premier traitement. — Tisane de chiendent avec nitrate de potasse, 4 grammes. Salol, 1 gramme par jour en deux fois. Pour l'orchite : 6 sangsues. Cataplasmes avec onguent mercuriel belladoné. Repos au lit. Grands bains.

24 mars. – Le malade a encore pâli davantage bien que l'orchite soit guérie. La muqueuse labiale est plus décolorée. On donne chaque jour une cuillerée à soupe de sirop d'iodure de fer.

31 mars. — L'écoulement devient muqueux, opiat au cubèbe et copahu. Injection de sulfate de zinc à 1/200. Salol.

1er avril. — Le malade quitte le service.

Dans une autre observation rapportée par Patoir, la blennorrhagie aurait causé une anémie avec souffle au premier temps et à la base.

Dans l'observation qui va suivre les symptômes généraux, sans être graves cependant, sont assez intenses pour obliger le malade à garder la chambre et même le lit.

De plus, nous verrons qu'ils sont intermittents et qu'ils apparaissent à l'occasion de la plus légère fatigue ; chaque fois, semble-t-il, que l'organisme est mis dans un état de moindre résistance. Ce fait est intéressant à noter et semble légitimer la conduite de certains praticiens allemands qui soignent la blennorrhagie par le repos au lit et le régime lacté.

En outre, les symptômes relevés ici, étant plus intenses et plus prolongés, cette observation servira de trait d'union entre le chapitre des accidents légers et le chapitre des accidents graves.

Observation II

X..., vingt-quatre ans.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Antécédents personnels. — Première chaude-pisse à vingt-deux ans. Durée : 9 mois. Guérie (!) sans traitement. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Tempérament lymphatique.

Coït le 13 avril 1896. Apparition de l'écoulement le 17. Cet écoulement devient vite très abondant. On y trouve de nombreux gonocoques.

Traitement. — Instillation de nitrate d'argent à 1/40. Grands bains. Pas de modifications du côté de l'écoulement mais apparition de courbature, fatigue, troubles dyspeptiques légers. Ces malaises vont s'accentuant. Le teint est pâle, les muqueuses décolorées.

Le 28, le malade abandonne ses occupations et se met au lit. A ce moment, douleurs vives à la racine de la verge. Œdème préputial intense. La veine dorsale est grosse, dure et paraît le siège d'une périphlébite qui s'étend jusqu'à ses ramifications préputiales.

Traitement : Bains de siège quotidiens.
Repos à la chambre.
Balsamiques.

Le 6 mai, le malade essaie une sortie.

Aucun effort, aucune fatigue. Le lendemain le malade est encore obligé de garder la chambre. Courbature, fièvre, troubles dyspeptiques, constipation.

On administre un purgatif; la fièvre tombe. Cependant, elle reviendra par accès les jours suivants chaque fois que le malade essaiera de se traiter par une injection uréthrale.

L'écoulement est toujours abondant.

Séjour de trois semaines à la chambre.

L'œdème disparaît. Le teint est toujours très pâle, les muqueuses très décolorées.

Amaigrissement notable.

Le malade tente une sortie puis reprend ses occupations pendant huit jours.

Réapparition des symptômes généraux mais avec plus d'intensité : fièvre continue pendant trois jours. (Cette fièvre n'a pas cédé aux antithermiques : quinine et antipyrine, largement administrés.)

Exaspérations vespérales, transpiration abondante.

Le santal est pris à haute dose, l'écoulement disparaît, les symptômes généraux s'amendent puis disparaissent complètement. Il ne reste plus qu'un amaigrissement très sensible, un teint pâle et décoloré.

Quelques jours d'ailleurs de vie active et de plein air suffisent pour remettre complètement le malade.

Remarquons que pendant toute la durée du traitement, le santal a été pris à haute dose et que l'estomac du malade a parfaitement supporté cette médication.

B. — **Accidents graves.**

Depuis la remarquable observation publiée par Gilbert Ballet dans les *Archives générales de Médecine* de 1882, l'attention a été éveillée sur les états généraux graves, pseudo-typhoïdes que peut engendrer la blennorrhagie.

Il s'agit dans cette observation d'un malade qui, ayant contracté en novembre 1881 une blennorrhagie, vit cette affection évoluer normalement sous l'influence d'un traitement par les bains et les balsamiques jusqu'à disparition à peu près complète de l'écoulement.

Un mois après, à la suite d'une nuit consacrée à des libations copieuses, orchite qui nécessite un repos au lit de plusieurs semaines. L'*orchite touchait à sa fin*, lorsque éclata une fièvre intense accompagnée de céphalalgie et d'une légère épistaxis. Gargouillement dans la fosse iliaque droite au niveau de laquelle la pression n'est pas douloureuse.

On diagnostique une dothiénenterie, mais quelques jours après, le seul examen de la courbe thermique fait écarter le premier diagnostic.

La fièvre, en effet, décroît rapidement, tous les symptômes typhiques s'amendent ; en même temps, apparition d'une éruption qui, sur le tronc, revêt le caractère de l'érythème scarlatiniforme, tandis qu'aux membres elle rappelle plutôt l'éruption rubéolique. Cette éruption s'étend jusqu'au visage ; elle date seulement du quatrième jour de la fièvre.

Six jours après le début des accidents, le malade était en pleine convalescence. On n'était en présence ni d'une fièvre typhoïde, ni d'une scarlatine, ni d'une rougeole. M. Ballet conclut à l'existence « *d'une maladie générale empruntant certains traits de l'une et de l'autre.* » Ne trouvant d'autre cause que la blennorrhagie, il la rattache à cette affection.

Après Gilbert Ballet dont l'observation est rapportée en entier dans la thèse de Patoir, ce dernier auteur donne deux observations de complications blennorrhagiques graves simulant la fièvre typhoïde.

Nous allons donner à notre tour une observation que M. le docteur Raynaud a bien voulu nous communiquer. On y verra des manifestations pseudo-typhoïdes accompagnant une blennorrhagie avec ralentissement considérable du pouls pendant toute la durée des accidents.

Ce fait nous semblait important à signaler : il rentre dans le cadre des troubles cardio-vasculaires des blennorrhagiens décrits par MM. Arnozan et Cheminade dans le *Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.*

Observation III

François B..., quarante neuf ans, terrassier, né à Zupana (Italie), entre à l'Hôpital de Mustapha (salle Trousseau) le 5 décembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A eu à vingt ans, en Italie, plusieurs accès de fièvre intermittente.

Il y a quatre ans, en Algérie, nouveaux accès de malaria qui ont disparu depuis complètement.

Etat actuel. — Le malade entre à l'hôpital pour une blennorrhagie contractée il y a six mois. L'écoulement a été abondant pendant les quatre premiers mois, puis il s'est tari ou à peu près. Il y a un mois il a reparu plus abondant que jamais. Le malade se livre à un travail pénible. Il y a dix jours il s'est aperçu d'une grosseur au pli de l'aîne à gauche. Deux jours après, le 27 novembre, le malade est pris de fièvre. La tumeur inguinale augmente, la fièvre est continue. Le malade entre à l'hôpital le 5 décembre. Examen de la poitrine négatif, langue sale, haleine fétide, T. 39°, pouls 52, transpiration abondante surtout la nuit.

Traitement : Eau de Montmirail.
Friction d'onguent napolitain sur le bubon.
Sulfate de quinine 1.50.

Du 5 au 8, pas de changement, température toujours très élevée. On donne un gramme de naphtol par jour.

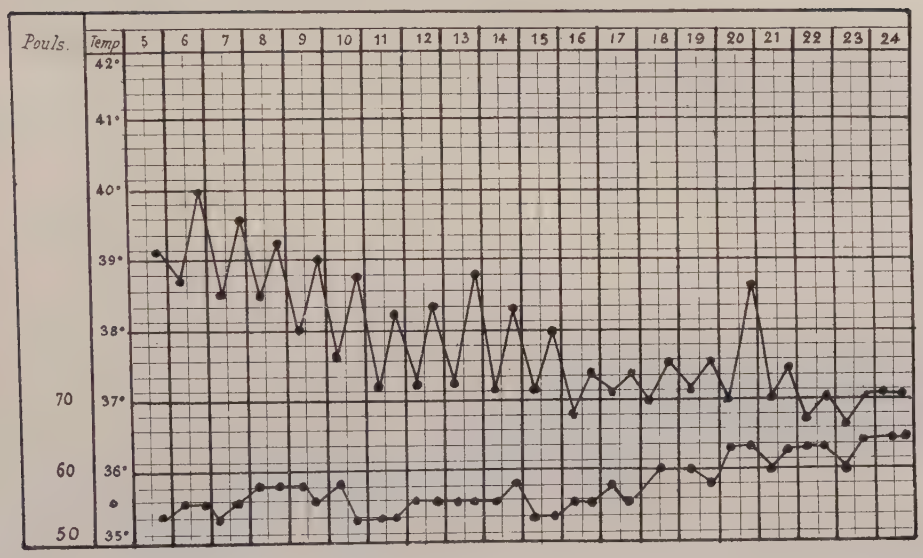
A la visite du 9 on est frappé par l'état d'abattement du malade ; la langue est très saburrale ; il y a de la céphalée, de la constipation. Pas de douleurs abdominales. Rien au cœur. Rien au poumon. Rate ni grosse ni sensible. Le bubon est dur, *indolore*, énorme. La peau à son niveau *ne présente pas les caractères de l'inflammation.*

En raison des antécédents paludéens du sujet, on fait les 9, 10 et 11 décembre deux injections sous-cutanées avec 1 gramme de bichlorhydrate de quinine. Ces injections ne modifient pas la température. Pouls toujours très lent.

Le 12, facies typhique, pas de taches rosées, pas d'épistaxis. Battements cardiaques assourdis. P. = 56. Constipation.

Du 12 au 16, la température semble s'abaisser un peu. Elle oscille entre 37° et 38° 5. Le pouls est toujours lent. La constipation persiste. On donne de l'eau de Montmirail.

COURBE RELATIVE A L'OBSERVATION III



Le 16, on ouvre le bubon qui est devenu fluctuant mais qui jamais n'a présenté les caractères de rougeur, de douleur et de chaleur propres à l'inflammation. Il s'en écoule un pus blanc, mal lié qui contient des microcoques pyogènes.

On fait en même temps l'examen bactériologique du pus uréthral ; on y constate la présence de gonocoques.

Du 16 au 25, la fièvre est tombée mais le pouls ne se relève que peu à peu ; il passe de 56 à 60 puis à 65 pulsations.

La langue est toujours sale, la constipation persiste ; anorexie.

Potion de Todd ; noix vomique ; eau de Montmirail.

Le malade se relève peu à peu.

Dans les premiers jours de février, il est évacué sur un service de chirurgie pour y faire curetter son bubon qui est atone et cicatrise mal.

L'écoulement dont on ne s'était pas préoccupé pendant cette maladie a cessé complètement.

Nous avons insisté dans le cours de cette observation sur la nature non inflammatoire du bubon ou plutôt sur le caractère sourd de cette inflammation. On pourrait en effet nous objecter que la fièvre observée relevait de ce seul foyer de suppuration. Mais, est-ce ainsi que cela se passe d'habitude dans l'évolution d'un bubon inflammatoire ? Quand l'abcès est accompagné de fièvre, la réaction locale est toujours très vive ; il y a, à la fois, douleur, chaleur et rougeur. Or, aucun de ces signes propres à l'inflammation n'a été noté. La défervescence s'est d'ailleurs produite avant l'ouverture du bubon. D'autre part, est-il habituel qu'un foyer purulent aussi limité donne lieu à des accidents assez graves pour simuler une dothiénentérie. Enfin, la constatation du ralentissement du pouls semble lever tous les doutes. Une fièvre de pus

symptomatique aurait, au contraire, été accompagnée d'une accélération.

Cette diminution dans la fréquence des pulsations cardiaques a été observée 16 fois sur 19 cas, par MM. Arnozan et Cheminade. Tandis que les autres maladies infectieuses, la fièvre typhoïde par exemple, portent directement leur action sur le myocarde, s'attaquent à ses éléments constitutionnels, diminuant ainsi la puissance de contractilité du cœur et entraînant par suite la plus grande fréquence des pulsations, le poison blennorrhagique semblerait porter son action sur le bulbe lui-même.

CHAPITRE IV

Manifestations localisées de la blennorrhagie.

Etant donné l'ordre que nous avons adopté dans ce travail, il nous semble logique de commencer l'étude des manifestations localisées de la blennorrhagie par celles de ces manifestations qui semblent se limiter au seul système nerveux : cerveau, moelle et nerfs. S'il est vrai, lorsqu'il s'agit de méningite, de myélite, de névrite, qu'on se trouve en présence de lésions nettement localisées il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit d'affection *sine materia* comme les névroses. Certes, il s'agit probablement de lésions cérébrales, mais on ne peut pas les constater directement et les troubles psychiques de la blennorrhagie pourraient, à la rigueur, être rangés dans le cadre des complications générales de cette affection. Ils nous serviront de transition et c'est par l'étude des névroses, puis des autres complications nerveuses de la blennorrhagie que nous débuterons dans ce chapitre.

Nous examinerons ensuite les complications du côté de l'appareil de la locomotion : Systèmes musculaire et osseux et leurs annexes (périoste, bourses séreuses, articulations,

gaines tendineuses) ; puis, nous parlerons des manifestations du côté des appareils d'excrétion (peau, rein, foie).

Nous terminerons par les complications viscérales et les complications oculaires.

A. - **Complications nerveuses de la blennorrhagie**

a) *Névroses*. — Il est peu de maladies disposant plus à la tristesse, à l'éréthisme nerveux que la blennorrhagie, écrit Raynaud dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* (mars 1891). Nous avons parlé au début de ce travail de l'état de langueur qui accompagne ou précède même une blennorrhagie et nous avons cru pouvoir attribuer à l'action du poison blennorrhagique lui-même ces légers troubles psychiques, rejetant l'hypothèse qui les met sur le compte du seul état génital, faisant remarquer que pareils accidents ne se produisent pas dans l'évolution d'un chancre ou d'une végétation.

Accentuez les troubles mentionnés plus haut ; supposez un sujet nerveux, impressionnable, et ce qui n'était qu'hypochondrie prendra les caractères plus nets de l'hystérie.

Nous ne saurions montrer mieux que par des faits gradués suivant leur intensité la série des phénomènes d'ordre psychique qui peuvent compliquer une blennorrhagie.

La lettre qui va suivre et que nous reproduisons textuellement est d'un blennorrhagien désespéré au point de parler de suicide : cette lettre est adressée à son médecin :

« Monsieur le Docteur,

» Je vous en prie, je vous en supplie, faites-moi la grâce de me donner quelques instillations. Je vous assure qu'il y a un mieux sensible dans mon état *gonorrhéen* et que quelques *gouttes de nitrate*

d'argent suffiraient pour expulser à jamais *toute goutte blennorrhagique*. Après ma visite de mardi dernier, l'écoulement avait beaucoup diminué et, jeudi matin, il avait tout à fait disparu. Hier, sans cause, il est revenu. Il me semble qu'on pourrait le supprimer tout à fait. Vous devez me trouver bien importun, Monsieur, *mais il faut avoir pitié de moi*. Je suis tellement désespéré, qu'il est des moments où j'ai envie, pour en finir, de m'envoyer une injection de plomb dans la tête. »

Vous le voyez, il s'agit d'un malade qui a tout lu, tout compulsé au sujet de sa chaude-pisse; il a feuilleté avec fièvre les traités spéciaux, il parle de gonorrhée, d'instillations de nitrate d'argent, tout comme un initié; et toutes ces lectures qu'il n'a pas comprises l'ont affolé. De par l'action du poison blennorrhagique, il s'exagère les dangers qu'il court et parle de mourir. Il nous donne l'impression d'un homme ivre qui, sous l'influence du poison alcoolique, s'émeut, à pleurer, du fait le plus banal.

Dans l'exemple qui va suivre, les troubles sont plus accentués encore. Nous reproduisons textuellement la relation qu'en a donnée M. le docteur Raynaud.

« Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui venait tous les dimanches consulter à l'hôpital M. le professeur Gémy. Il avait eu une chaude-pisse dans ses beaux jours, et, quelques années après, était survenu un prurit intense à la région génitale, avec sensation de lourdeur, de pesanteur au périnée; il avait des insomnies presque continuelles, son appétit avait disparu. Il se sentait gravement malade. Cet homme, qui depuis près de deux ans, se présentait chaque semaine, faisait peine à voir. Il marchait courbé, fatigué, haletant; aussitôt arrivé, il s'asseyait ou plutôt se laissait tomber comme une masse. Sa physionomie anxieuse le faisait paraître beaucoup plus âgé qu'il n'était.

» Tous les traitements possibles avaient été inutilement employés. Il n'avait aucune affection organique, aucune lésion aux parties génitales, aucun rétrécissement. Son urèthre laissait à peine suinter quelques gouttes d'un liquide séreux. L'esprit de cet homme était constamment tourné vers sa maladie qu'il déclarait d'avance incurable. C'était le plus navrant échantillon d'hypochondriaque que nous ayons vu. »

Jusqu'ici, il ne s'agit que de troubles psychiques vagues, les symptômes hystériques vrais ne sont pas nettement accusés; il est des cas cependant où, sous l'influence de la blennorrhagie, l'hystérie peut éclater dans son type le mieux caractérisé.

Dechambre cite le cas d'un soldat, chez lequel, à la suite d'une chaude-pisse, il s'est développé une coxalgie hystérique.

Nous allons encore reproduire une observation de Raynaud; elle est relative à un docteur en médecine, qui a vu se développer chez lui des accidents hystériques au cours d'une blennorrhagie.

Observation IV

X..., étant au service militaire, contracte, en février 1880, une blennorrhagie intense qui fut traitée très mal et par intermittence. Deux mois après, sans avoir eu la veille ou les jours précédents d'ennuis ou de désagréments, le malade, anémié depuis longtemps par la suppuration (1), sent une boule remontant de l'estomac à la gorge, étouffe,

(1) Nous avons vu qu'il s'agit plutôt d'une anémie spéciale due à l'intoxication blennorrhagique.

est pris d'accès de pleurs sans motif aucun et se trouve dans l'impossibilité absolue d'uriner, malgré un besoin pressant. La crise dure toute la matinée; le médecin est forcé d'en venir au cathétérisme et de faire une injection de morphine, qui calme momentanément. Dès que l'effet de l'injection eut cessé, les crises recommencèrent avec la même violence, nécessitèrent de nouveau cathétérisme et injection. Elles durèrent toute la nuit, si fortes, qu'on fut obligé de veiller le malade, qui avait de violentes convulsions caractéristiques et du délire.

Les deux jours suivants, les crises se renouvelèrent par instants et diminuèrent peu à peu d'intensité, grâce à une dose journalière de 8 grammes de bromure de potassium. Depuis lors (15 années), les accidents ne se sont jamais reproduits; mais le malade a souffert de violentes névralgies, qu'il n'avait jamais eues auparavant, se localisant partout, aux lombes surtout, d'avril à juin 1880. Les douleurs cessèrent avec la blennorrhagie.

X... appartient à une famille de gens vigoureux.

Il n'y a, à quatre générations, aucun antécédent nerveux, et lui-même, avant ni après, n'a jamais rien présenté de caractéristique.

X... se rappelle parfaitement ce qu'il a fait pendant sa crise.

Brissaud, qui proclame l'hystérie une et indivisible, reconnaît l'intoxication chimique ou microbienne comme cause occasionnelle de cette affection. Nous pouvons sans doute interpréter de cette façon les premiers accidents signalés au début de ce chapitre ; ils ont évolué chez des nerveux à l'occasion d'une blennorrhagie. Mais, dans la dernière observation, on ne peut pas invoquer la même cause prédisposante et, comme le fait très bien remarquer Raynaud :

« Il semble difficile d'admettre une autre cause que l'influence directe de la blennorrhagie sur le développement de

ces crises hystériques, chez un sujet n'ayant jamais rien présenté qui puisse être rapporté à cette névrose. »

Nous dirons, enfin, pour terminer cette partie de ce chapitre, que nous avons pu relever dans la littérature médicale plusieurs cas de folie blennorrhagique.

Bonnet, en 1877, dans sa thèse sur les complications du rhumatisme blennorrhagique, en cite deux exemples caractérisés par des hallucinations et des illusions des sens.

Cullere en rapporte deux autres cas dans les *Annales médico-psychologiques* (sept., oct. 1894) et cite un rapport de Silvio Ventori, dans la *Riforma medica*, qui en renferme 12 cas.

b) *Manifestations méningo-médullaires*. — En 1803, Ed. Home signale, le premier, les troubles médullaires au cours de la chaude-pisse : sciatique et spasmes très violents dans les reins et dans les genoux et même jusque dans les muscles intercostaux.

Puis Stanley arrive en 1833 avec deux cas de paralysie des membres inférieurs et en 1856 avec un autre cas d'accidents paraplégiques. La même année Gull rapporte deux cas de mort par myélite.

Dix ans plus tard, en 1866, Tixier observe un cas de paraplégie avec anesthésie et analgésie absolue. La même année, Peter publie une observation de sciatique double symptomatique d'une lésion de la moelle.

En 1868, Pidoux prétend avoir observé un cas d'arachnitis spinale purulente au cours de la blennorrhagie.

Charcot étudie les paralysies et les paraplégies consécutives aux maladies des voies urinaires et paraissant devoir se rattacher à celles-ci.

Dans sa thèse d'agrégation, Dujardin-Beaumetz parle des complications médullaires des affections prolongées de la

vessie et de l'urèthre (gonorrhées rebelles, rétrécissements, etc.)

Puis viennent les publications de Brown-Séquard, de Vulpian ; en 1888, le mémoire de MM. Hayem et Parmentier dont nous résumerons plus loin les observations ; la thèse de Dufour, en 1889, qui résume la question ; le mémoire de Spilmann et Haushalter (*Revue de Médecine*, août 1891) ; la revue générale de Raymond (*Gazette des Hôpitaux*, septembre 1891); la communication de L. Raynaud (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mai 1892); les communications de Leyden et Oudin; la thèse de Souplet, en 1893, dont un important chapitre est consacré aux manifestations méningo-médullaires de la blennorrhagie.

Presque toujours ces complications méningo-médullaires sont observées au cours d'autres complications gonorrhéiques, du pseudo-rhumatisme surtout. Au point de vue anatomo-pathologique comme au point de vue symptomatologique ces manifestations méningo-médullaires de la blennor rhagie peuvent se ranger sous deux formes principales :

1° La moelle est le siège d'un processus inflammatoire; on se trouve en présence d'une véritable myélite, myélite aiguë ou subaiguë, diffuse, partielle ou généralisée, ainsi que le fait observer Dufour ;

2° Il n'y a pas de lésion médullaire. On observe de la parésie plutôt que de la paralysie. C'est la paraplégie réflexe urinaire établie par Brown-Séquard dès 1864.

Dans ce dernier cas les symptômes disparaissent ou s'amendent en même temps que les lésions uréthrales.

Nous ne pouvons faire ici l'étude pathologique des localisations médullaires de la blennorrhagie.

Nous allons en donner quelques observations résumées, prises dans le mémoire de MM. Hayem et Parmentier et

divers autres. Nous n'avons pas de faits personnels à consigner.

Quelques observations de manifestations méningo-médullaires de la blennorrhagie (Résumées).

Observation I

(Hayem et Parmentier. — *Revue de Médecine,* 1888.)

Arthropathies. Douleurs dorso-lombaires et en ceinture. Hyperesthésie et hyperexcitabilité des réflexes avec affaiblissement de la motilité dans les membres inférieurs.

Observation II

(Hayem et Parmentier. — *Revue de Médecine,* 1888.)

Pas d'arthropathies. Douleurs fulgurantes. Spasmes, trépidations. Parésie des membres inférieurs, pas de troubles de la sensibilité.

Observation III

(Viciza de Mello (Rio-de-Janeiro). — *Progrès Médical,* 1889.)

Paraplégie blennorrhagique. Douleurs lombaires. Plaques d'anesthésie. Arthrites.

Observation IV

(Chavier et Février. — *Revue de Médecine,* 1889.)

Rachialgie. Troubles hystériformes de la motilité et de la sensibilité. Atrophie des muscles de la cuisse.

Observation V

(Raynaud. — *Revue de médecine*, mai 1892.)

Arthrites multiples. Paralysie et douleurs violentes des membres inférieurs. Absence de réflexes. Douleurs lombaires. Guérison.

Observation VI

(Raynaud, due à Moreau. — *Revue de médecine*, mai 1892.)

Arthrite du genou gauche. Cachexie et atrophie musculaire généralisée. Myélite. Mort.

On a discuté et on discute encore pour savoir si ces myélites sont entièrement imputables à l'infection blennorrhagique qui agirait directement sur les centres spinaux (Hayem et Parmentier), ou seulement consécutives à des polynévrites ascendantes d'origine articulaire (Charcot).

Nous ferons remarquer qu'on a observé des paralysies et des atrophies musculaires avec troubles de la sensibilité sans accidents articulaires préexistants et que, d'autre part, Roger a démontré l'action certaine des maladies infectieuses dans la genèse des accidents amyotrophiques.

c) *Méningite au cours de la blennorrhagie.* — Nous avons parlé de la communication de Pidoux, en 1868, qui avance, presque timidement, avoir observé un cas d'arachnitis spinale purulente au cours de la blennorrhagie. Bonnet, qui s'est occupé plus tard, en 1877, des complications cérébrales

du rhumatisme blennorrhagique, n'admet pas sans restrictions la méningite d'origine gonococcienne Peut-être serait-il possible d'être plus affirmatif aujourd'hui. Cependant, c'est avec réserves, que nous allons donner, dans les lignes qui vont suivre, une observation que M. le docteur Raynaud a bien voulu nous communiquer.

Observation V

A. M..., vingt-deux ans, entre le 6 juin 1888, salle Saint-Damiens, pour une blennorrhagie datant de huit jours.

Léger mouvement fébrile qui se reproduit les jours suivants. Sulfate de quinine. Pensant à des accès de malaria, on évacue le malade sur un service de médecine. A ce moment (14 juin), la température montait à 40°. Douleurs vagues dans les membres et les articulations. Ecoulement très abondant.

Le malade est soumis pendant trois jours à la médication quinique.

17 juin.— Plus d'accès, le malade se lève et se promène pendant les quatre jours qui suivent. Aussi sommes-nous fort étonné à la visite du 20 juin de le trouver couché, dans un état comateux, avec une température de 40° 4.

Craignant un accès pernicieux, nous prescrivons de la quinine à haute dose et un dérivatif du côté de l'intestin.

27 juin. —Même état, mais avec d'autres symptômes qui nous font penser tout de suite à une lésion cérébrale. Inégale dilatation des pupilles, ptosis de la paupière droite, déviation de la face à gauche. Respiration de Cheyne-Stokes. T. 39° 8. Ecoulement toujours très abondant.

Le malade meurt le 22, dans le coma.

Autopsie. — Poumons, cœur, foie, rate, normaux.

Cerveau : méninges enflammées. Les vaisseaux et surtout les veines sont très engorgés. Une quantité assez considérable de pus est épanchée sur la face convexe et à la base du cerveau. Il se trouve en plus grande quantité vers la partie postérieure de la face inférieure du lobe occipital, entre cette face et la face supérieure du cervelet. Le pus est jaune verdâtre. Il forme un coagulum analogue à de la crème très épaisse.

Pas de tubercules.

Malheureusement l'examen bactériologique du pus n'a pu être pratiqué.

C'est cette dernière considération surtout qui nous fait donner avec réserves l'observation qui précède. Nous nous contentons d'insister sur le seul fait de la concomitance d'une méningite purulente avec une maladie que nous savons être infectieuse chez un sujet qui n'était pas tuberculeux.

d) Névralgies et Névrites. — Nous avons vu le rôle que Charcot, Spilmann et Haushalter donnent aux névrites d'origine articulaire dans la genèse des complications spinales de la blennorrhagie. D'autre part certaines altérations des nerfs périphériques paraissent incontestables et il est probable qu'elles sont la cause de la plupart des arthralgies (Besnier).

La sciatique blennorrhagique est signalée depuis longtemps ; le nerf sciatique est même, de l'organisme, le plus fréquemment atteint.

Nous donnons ici une observation de sciatique double tirée du registre des observations de la Clinique de M. le professeur Gémy.

Observation VI

B... J..., journalier, entre le 8 septembre 1894 pour fièvre intermittente et bronchite. Placé dans la salle Laënnec il est évacué le

22 septembre, sur la salle Ricord (guéri de ses accidents paludéens) pour une blennorrhagie remontant déjà à deux mois et demi.

Il a suivi un traitement avec capsules de copahu et injections de sous-nitrate de bismuth pendant un mois et demi avant son entrée à l'hôpital.

Lorsque nous le voyons le 23 septembre, le malade ne souffre presque plus de sa blennorrhagie, il a cependant un peu de cystite, écoulement assez abondant, pas d'albumine dans ses urines. Le 10 octobre, le malade se plaint de douleurs vagues dans toutes les articulations, en même temps apparaissent de vives douleurs le long du trajet du sciatique à droite et à gauche. Le malade ne peut plus se lever.

Traitement : Frictions à l'essence de térébenthine, pointes de feu. — Résultat absolument nul.

On entreprend les lavages au permanganate de potasse par la méthode de Janet.

A ce moment, c'est avec la plus grande difficulté que le malade peut se rendre de son lit à la salle de lavages, distante de 50 pas environ.

Après le septième lavage le malade se rend facilement à cette même salle.

Le 26 novembre, après le vingt-cinquième lavage, le malade a recouvré l'usage complet de ses jambes. Cependant il ressent encore quelques douleurs profondes dans les cuisses et dans les articles vertébraux.

Ajoutons enfin pour terminer ce paragraphe, que Panas (*Semaine Médicale*, 31 décembre 1890) a signalé un cas de névrite optique d'origine blennorrhagique. Il s'agit d'un homme qui, au cours d'une blennorrhagie et d'accidents articulaires généralisés, a été frappé tout à coup de cécité de l'œil droit, puis de troubles de la vision à gauche.

On diagnostiqua une névrite double attribuable à l'infection blennorrhagique.

B. — **Complications du côté de l'appareil de la locomotion.**

C'est surtout du pseudo-rhumatisme articulaire blennorrhagique qu'il devrait être question dans ce chapitre.

En ce qui concerne en effet l'appareil de la locomotion, les manifestations articulaires de la chaude-pisse sont de beaucoup les plus fréquentes, mais l'histoire clinique du pseudo-rhumatisme blennorrhagique est complète ou à peu près.

Nous ne nous y arrêterons donc pas, nous contentant de publier quelques observations qui nous ont paru intéressantes au point de vue de l'évolution de ces manifestations articulaires.

Il nous a semblé utile de grouper sous le titre général de « Complications du côté de l'appareil de la locomotion », et les manifestations articulaires et les manifestations du côté du périoste des gaines tendineuses et des bourses séreuses.

a) *Pseudo-rhumatisme blennorrhagique.* — Nous avons vu au début de ce travail quelle fut l'histoire du rhumatisme blennorrhagique. Longtemps, même après que la relation de cause à effet eût été découverte entre l'écoulement uréthral et les accidents articulaires, le pseudo-rhumatisme blennorrhagique fut assimilé au rhumatisme subaigu. Si grandes sont en effet les analogies entre ces deux affections que Ricord trouvait seulement dans les causes qui les engendrent le caractère distinctif propre à chacune d'elles. Mais la découverte du gonocoque devait modifier cette façon de voir et, en 1880, M. Bouchard créait le pseudo-rhumatisme d'origine infectieuse.

Le pseudo-rhumatisme blennorrhagique est le plus souvent, non pas mono-articulaire comme on s'est plu à le dire et à l'enseigner, mais bien plutôt oligo-articulaire (Patoir). Progressif dans son attaque il s'empare d'abord de une ou deux articulations, puis il s'en prend à une ou deux autres, mais sans abandonner les premières. Souvent même les dernières sont déjà libérées tandis que celles primitivement attaquées souffriront longtemps encore. Il semble cependant avoir une prédilection marquée pour le genou.

Contrairement à ce qu'on avait prétendu, il s'attaque très bien aux petites articulations ; nous en citerons plus loin deux exemples.

Nous donnons ici, d'après Finger, la moyenne de fréquence relative de l'attaque blennorrhagique sur les différentes articulations.

Articulation du genou	.....	136 cas
— tibio-tarsienne	.....	59 —
— du poignet	.....	43 —
— des doigts et des orteils	.....	35 —
— du coude	.....	25 —
— de l'épaule	.....	24 —
— coxo-fémorale	.....	18 —
— temporo-maxillaire	.....	14 —
— du métatarse	.....	7 —
— sacro-iliaque	.....	4 —
— sterno-claviculaire	.....	4 —
— chondro-costale	.....	2 —
— intervertébrale	.....	2 —
— péronéo-tibiale	.....	1 —
— aryténo-cricoïdienne	.....	2 —
Total	.....	376 cas

Pris en bloc, le pseudo-rhumatisme semble, d'après Grisolle (1866), Besnier (1877), Jullien (1886), se manifester dans 3 0/0 des cas.

Peut-être cette évaluation moyenne est-elle un peu inférieure à la réalité.

A quel moment de l'évolution d'une blennorrhagie uréthrale apparaît le pseudo-rhumatisme. Il nous semble bien difficile de répondre avec précision à une question de cette nature. D'après certains auteurs (Finger), le pseudo-rhumatisme compliquerait de préférence les vieilles gonorrhées, et d'après Roustan (1880) la blennorrhagie des jointures ne surviendrait jamais avant la troisième semaine.

Nous devons dire cependant qu'il nous a été donné de voir les accidents articulaires compliquer toutes les phases de l'évolution d'une blennorrhagie.

Disons enfin que Lœb (1886) considère le rhumatisme blennorrhagique comme une complication de l'uréthrite postérieure et se base sur ce que, dans 8 cas rapportés par Struppi en 1883, les accidents articulaires avaient succédé à des uréthrites postérieures dont 3 étaient même compliquées de prostatite. Cette opinion, déjà émise par Robert en 1853, est encore soutenue par Fürbringer (Finger).

Quelle que soit l'articulation à laquelle s'attaque la blennorrhagie, l'affection revêt différentes formes que, d'après Besnier, nous classerons ainsi qu'il suit :

1° Arthralgie ;

2° Arthrite simple sans épanchement ;

3° Arthrite avec épanchement ;

4° Arthropériostite.

Nous n'étudierons pas chacune de ces formes en particulier. Cette étude est d'ailleurs complète et a été faite par d'autres plus compétents que nous. Nous allons donner dans

les lignes qui vont suivre quelques observations où il s'agit, non pas de manifestations articulaires proprement dites, mais bien de localisations périarticulaires où l'inflammation semble plutôt intéresser les tendons, les gaines tendineuses, les bourses séreuses, le périoste, les muscles même, et semble respecter ou à peu près la synoviale articulaire.

Observation VII

X..., vingt-deux ans. Pas d'antécédents héréditaires accusés. Pas de maladies antérieures. Pas de rhumatismes.

Contracte sa première blennorrhagie le 8 mai 1895. L'écoulement apparaît quatre jours après, purulent d'emblée.

Traitement. — 12 capsules de santal par jour.

Au douzième jour de l'écoulement, le malade, dans une partie de campagne, se livre à des exercices musculaires immodérés, mange et boit très copieusement; il se blesse assez grièvement à l'avant-bras en brisant une vitre. Il se couche très fatigué.

Dans la nuit, fièvre (39° 5), agitation, un peu de délire.

Au réveil, douleur très vive au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne du pied droit; la région est rouge et douloureuse. Anorexie complète; la fièvre persiste dans la journée, oscillant entre 38° 5 et 40°. Céphalalgie. Le soir, douleurs dans les masses musculaires des cuisses, point douloureux à la jambe gauche au niveau de la tubérosité antérieure du tibia ; quelque jours après, point douloureux au point symétrique à droite.

Le lendemain, autre point douloureux de la face dorsale du poignet gauche. *Les gaines des tendons sont dessinées par des traînées rouges.* Point douloureux au niveau de l'articulation acromio-claviculaire gauche. Toutes ces manifestations sont très vives et empêchent le

sommeil. Elles sont accompagnées de fièvre avec exaspération nocturne, état gastrique et diarrhée.

Les points douloureux se déplacent fréquemment, disparaissant sous l'influence d'une application de teinture d'iode, puis reparaissant le lendemain.

Traitement. — Salicylate de soude, 6 grammes ; antipyrine, 2 grammes.

Purgation. Régime lacté.

Dès le début de ces manifestations fébriles et douloureuses, l'écoulement a notablement diminué ; la miction n'est plus douloureuse ; les érections nocturnes cessent.

Cet état a duré vingt jours, au bout desquels la santé était revenue. Il persistait seulement une certaine faiblesse générale qui mit un mois à disparaître. L'écoulement, presque insignifiant, fut dès lors traité par des injections de permanganate; il persista encore deux mois puis disparut. Il y a neuf mois de cela et il n'a plus reparu.

Cette observation nous intéresse à plusieurs points de vue.

A part quelques douleurs vagues dans les genoux, il n'y a pas eu dans ce cas de manifestation blennorrhagique véritablement articulaire. Les muscles ont été atteints, il y a eu une véritable myalgie gonococcienne, puis les insertions musculaires, les gaines tendineuses. L'inflammation de ces dernières était même rendue manifeste au poignet par des traînées rouges sur la peau. C'est un exemple de tendo-vaginite blennorrhagique décrite par Maymon en 1875 et par Feleki en 1890.

Quoique très douloureuses et accompagnées d'un état général assez accusé, ces manifestations étaient cependant légères puisqu'elles cédaient — momentanément il est vrai — à une application de teinture d'iode.

Signalons enfin le traumatisme qui a précédé leur apparition.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette particularité quand nous parlerons de la genèse des accidents de la blennorrhagie.

Observation VIII

(Extraite du registre des observations de la Clinique de M. le professeur Gémy.)

Le nommé S. A..., garçon d'écurie, âgé de vingt-deux ans, entre à la Clinique le 2 août 1894, salle Ricord, nº 36.

Ce malade est entré une première fois en mars 1894 pour chancre simple, bubon suppuré, herpès, chaude-pisse et double hydarthrose blennorrhagique des genoux.

Celle-ci fut traitée par les pointes de feu et le malade sortit à peu près guéri.

Le 2 août 1894, le malade rentre de nouveau avec deux placards d'herpès, occupant une partie du gland, une épididymite gauche et un épanchement dans la *bourse séreuse sous-tricipitale* avec infiltration des *tissus périarticulaires du genou gauche*. Celui-ci mesure 2 centimètres de plus que le droit.

Légère atrophie des muscles de la cuisse des deux côtés, plus accentuée à droite cependant. *L'articulation tibio-tarsienne droite est également intéressée.*

Les ganglions inguinaux sont notablement engorgés; les ganglions épitrochléens le sont aussi.

L'examen des urines révèle 50 centigrammes d'albumine par litre, le malade se plaint de douleurs dans les reins.

Le 17 août, le malade accuse une violente douleur à l'insertion du tendon d'Achille du pied droit. On constate un notable empâtement.

Application de pointes de feu et emplâtre de Vigo. Deux jours après la même douleur se montre au talon gauche. Même traitement. Il y a encore 50 centigrammes d'albumine dans les urines.

Le malade sort guéri le 8 septembre. Notons que chaque fois que le malade s'est présenté à l'hôpital avec des accidents du côté des articulations, on a constaté en même temps une recrudescence de l'écoulement.

Cette observation nous montre une inflammation de la bourse séreuse sous-tricipitale et de la bourse séreuse du tendon d'Achille (achillodynie) compliquant une vieille blennorrhagie. Ces manifestations sont accompagnées d'une infiltration périarticulaire, d'une atrophie légère des muscles de la cuisse et d'un engorgement ganglionnaire ; enfin elles compliquent pour la deuxième fois une même chaude-pisse mal traitée.

Observation IX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Raynaud.)

J. P..., trente-trois ans, jardinier, entre à la Clinique médicale, salle Trousseau, le 14 novembre 1895.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Une blennorrhagie à vingt ans. Rechute à vingt-trois ans.

Depuis, *goutte militaire.*

Il y a six jours, le malade a senti de vives douleurs dans les articulations des phalanges des pieds ; toutes sont prises. On constate à leur niveau un empâtement douloureux à la pression ; les extrémités

osseuses constituant l'article, sont notablement augmentées. Il y a de l'ostéo-arthrite. Le même phénomène se passe au niveau du petit doigt de la main gauche; puis, les articulations temporo-maxillaires se prennent, puis l'épaule droite, puis l'articulation occipito-atloïdienne.

Le malade est soumis pendant un mois et demi à divers traitements. Salicylate de soude. Antipyrine. Bains de vapeur. Bains sulfureux.

A partir du 15 janvier, série de bains à 38° avec : émulsion de savon noir 200 grammes, essence de térébenthine 100 grammes, selon la méthode de Balzer.

Amélioration rapide; le malade sort guéri le 4 février.

Le pus uréthral examiné, contenait des gonocoques, en petit nombre, il est vrai.

Voilà donc des manifestations articulaires vraies mais accompagnées d'ostéo-périostite, tout au moins pour celles de ces lésions qui siégeaient au niveau des orteils et du petit doigt de la main gauche. Cette observation est également intéressante en ce qu'elle signale des accidents compliquant une goutte militaire vieille de dix ans.

b) *Périostite blennorrhagique.* — L'histoire de la périostite blennorrhagique n'est pas vieille. En 1869, Fournier en publiait 22 cas qu'il avait observés, puis vinrent les observations de Mauriac, de Raynaud en 1890, d'Ozenne en 1891, de Jacquet en 1892, de Finger en 1894, lequel a signalé un cas de périostite costale contenant des gonocoques purs, chez un enfant qui, à la suite d'une ophtalmie, eut des arthrites multiples et mourut d'une pneumonie (*Gaz. des Hôpitaux*, Marc Sée 1895), enfin de Raynaud en 1895.

C'est, on le voit, une forme assez rare de complication de la blennorrhagie; aussi, sommes-nous très heureux de pouvoir en publier deux observations. L'une est due à l'obligeance

de M. le docteur Raynaud, l'autre est extraite du registre d'observations de la Clinique de M. le professeur Gémy.

Observation X

Belh... Moh... Segh..., vingt-six ans, journalier, entre à la clinique médicale, salle Trousseau, le 1er juin 1896. Il y occupe le lit nº 12.

Antécédents héréditaires. — Nuls au point de vue arthritique; père et mère morts de vieillesse.

Antécédents personnels. — A été impaludé il y a deux ans à Philippeville, fièvre à type tierce; durée : un mois et demi; pas d'autre maladie.

Il y a trois mois, il contracta une blennorrhagie. Cette blennorrhagie fut traitée par des injections et des balsamiques à l'hôpital mixte de Tizi-Ouzou.

L'écoulement a duré un mois. Pendant la période aiguë de l'affection, quatre ou cinq jours après le début, le malade est pris de douleurs rhumatoïdes. Impossibilité de la marche due à une talalgie intense bilatérale avec douleurs lancinantes; vers le quinzième jour de la maladie, le genou droit se prend, devient douloureux, volumineux. Application de pointes de feu.

3 juin. — Etat actuel. Le genou droit est amélioré quoique encore tuméfié et douloureux.

La talalgie est encore intense et bilatérale.

La région est peu tuméfiée; la douleur est limitée à la région comprise entre les deux malléoles en passant sur la face plantaire; exagération à la pression.

A gauche, l'insertion du tendon d'Achille est légèrement tuméfiée et douloureuse (achillodynie). A droite, ce signe n'existe pas. Pas d'affaissement de la voûte plantaire.

C'est là un exemple de périostite légère du calcanéum ; la tuméfaction, en effet, n'y est pas considérable et on n'y constate pas la déformation caractéristique signalée par Jacquet en juin 1895 (Société de Dermatologie), si caractéristique qu'il la désigne sous le nom de pied blennorrhagique. Cette déformation entraînerait l'affaissement de la voûte plantaire constituant ainsi ce que Fournier appelle le pied plat blennorrhagique.

Observation XI

J. J..., trente-sept ans, entre à la clinique, salle Ricord, le 19 novembre 1894, il y occupe le lit n° 8.

Ce malade a déjà été dans le service du 29 septembre au 29 octobre pour une blennorrhagie.

Première chaude-pisse il y a six ans. Seconde chaude-pisse dans les premiers jours de septembre. Il suit un traitement à l'hôpital (lavages au permanganate de potasse) jusqu'au 28 octobre.

Le 29, il sort non guéri.

Le 19 novembre, il se présente à la visite et on constate : Ecoulement uréthral purulent assez abondant. Au niveau de la tête du péroné gauche existe un empâtement de la dimension d'une pièce de cinq francs, très sensible à la pression ; à la partie inférieure de la malléole interne droite, même empâtement et même douleur ; enfin les mêmes phénomènes se produisent du côté du grand trochanter gauche.

On est évidemment en présence de plusieurs points de périostite blennorrhagique. D'ailleurs, d'autres accidents sont notés qui permettent d'affirmer une infection générale gonococcienne.

Déjà, lors de son premier séjour à l'hôpital, le malade était atteint de conjonctivite péricornéenne double dont on ne soupçonna pas la

nature blennorrhagique. Cependant on pratiqua quelques instillations de nitrate d'argent; à la sortie du malade, cette conjonctivite était guérie ; à son retour, l'œil droit est repris de nouveau. *Dans le pus de cette conjonctivite on trouva des gonocoques.*

Le malade se plaint de douleurs sourdes dans les reins; les urines contiennent 0.30 centigrammes d'albumine. Le cœur présente un souffle doux, aspiratif, présystolique dans le troisième espace intercostal.

Le malade est notablement anémié.

C. — Complications du côté des appareils d'excrétion.

Ce titre est évidemment trop général, car nous n'avons surtout en vue dans ce chapitre que les deux grands appareils d'excrétion constitués par la peau et le rein.

Admettre que la blennorrhagie est une maladie générale infectieuse, c'est admettre aussi *a priori* que les appareils chargés d'éliminer ou de détruire (comme le foie) les poisons de l'organisme peuvent être le siège de manifestations morbides directement imputables à la chaude-pisse. Les microbes peuvent agir de deux façons, ou par leur présence au sein des tissus ou par l'effet au loin des toxines qu'ils élaborent. En ce qui concerne le rein, nous aurons à envisager ces deux modes d'infection suivant que nous aurons affaire à une pyélo-néphrite, résultat direct de l'envahissement de l'organe par l'agent microbien, ou à une albuminurie sans formation concomitante de pus dans l'appareil rénal.

Au point de vue clinique ces deux formes sont absolument différentes ; la première s'accompagne de fièvre et d'un

état général grave, la seconde peut parfois passer inaperçue.

Nous verrons aussi que le foie peut, dans certains cas, être envahi par le gonocoque.

En ce qui concerne la peau, nous ne savons pas si l'agent microbien de la blennorrhagie a été signalé dans les lésions observées, comme le bacille d'Eberth l'a été dans les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde. Tout en faisant des réserves, nous considérerons donc les érythèmes blennorrhagiques comme imputables à la seule élimination des toxines par la peau.

a) *Lésions rénales.* — Nous avons nommé la pyélo-néphrite et l'albuminurie simple. La pathogénie de la pyélo-néphrite au cours de la blennorrhagie est facile à expliquer. La route est toute tracée au gonocoque ; au lieu de se cantonner dans l'urèthre, il gagne de proche en proche la vessie, l'uretère, puis le bassinet et enfin le rein. Il n'est pas seul à parcourir cette route ; tous les microbes qui vivent en sa compagnie dans le pus blennorrhagique la parcourent avec lui, et la suppuration dont ils sont la cause n'en est que plus active.

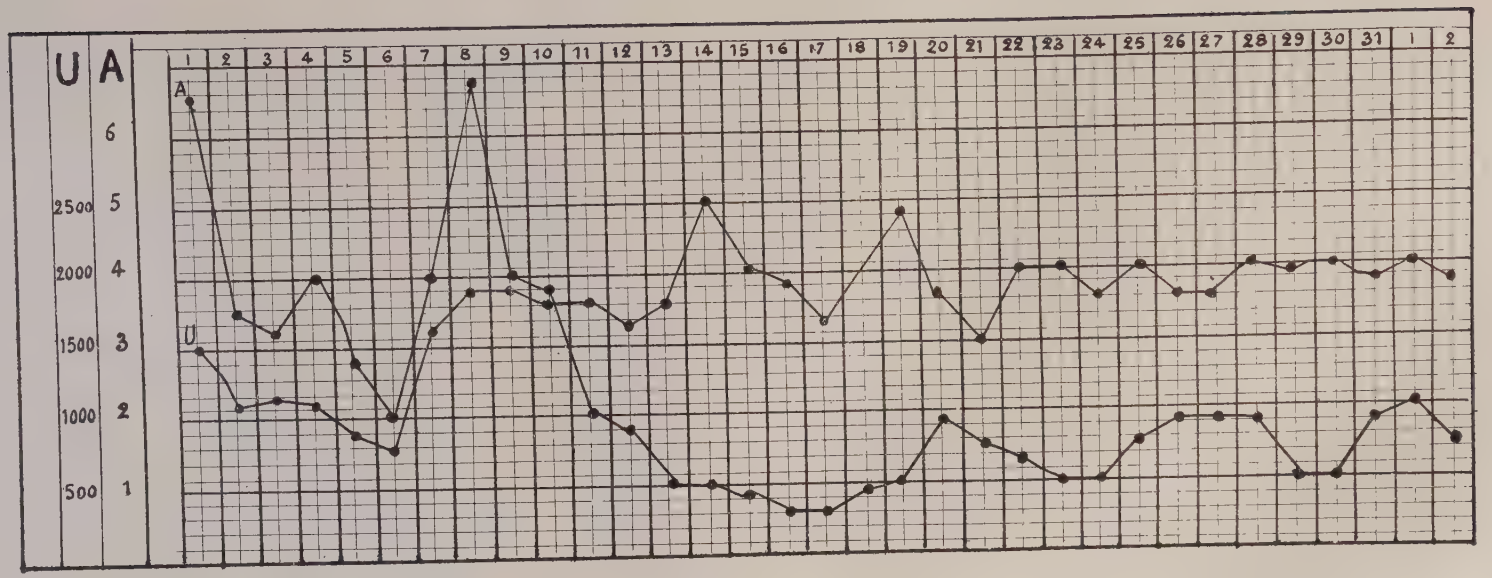
Nous n'avons pas d'observation personnelle de pyélo-néphrite d'origine blennorrhagique. Mais les cas n'en sont pas rares dans la littérature médicale.

Ajoutons que Banham a rapporté un cas de : thromboses veineuses consécutives à une pyélite blennorrhagique.

Albuminurie. — L'albuminurie est fréquente au cours de la blennorrhagie. D'après Souplet et Balzer, elle se présenterait dans 12 0/0 des cas. La plupart du temps elle évolue sans bruit, et la seule habitude de faire régulièrement les analyses d'urine dans les salles d'hôpitaux a permis de se rendre compte de sa fréquence.

Parfois elle est passagère, dure quelques jours, puis disparaît complètement ou revient encore à plusieurs reprises.

COURBE RELATIVE A L'OBSERVATION XII



Dans plusieurs des observations qui précèdent, cette albuminurie a été signalée.

Quelquefois cependant, par sa persistance et son intensité, elle peut inspirer des craintes sérieuses.

Nous donnons ci-après un cas d'albuminurie prolongée que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Gémy.

Nous y joignons la courbe indiquant la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures et la quantité d'albumine par litre correspondante.

Observation XII

R. V..., vingt-quatre ans, cordonnier, entre à la clinique, salle Ricord, le 25 février 1896. Blennorrhagie datant du mois d'octobre, déjà traitée à l'hôpital par des lavages au permanganate de potasse, cette blennorrhagie a été compliquée d'orchite. Le malade est sorti non guéri.

En février, il revient. Purpura assez confluent sur les membres inférieurs.

Anémie prononcée. Albumine dans les urines. La courbe que nous donnons ci-contre indique les variations de cette albuminurie pendant un mois.

A notre départ d'Alger, le 15 avril, le malade avait encore 2 grammes d'albumine et on constatait encore un écoulement. Pas d'autres symptômes de brightisme. La température a toujours été inférieure à 37°. Le régime lacté absolu a été institué dès le début, il a certainement fait diminuer la quantité d'albumine mais il ne l'a pas fait disparaître.

Cette observation nous montre donc un érythème purpurique et une albuminurie compliquant une chaude-pisse

vieille de cinq mois. Le malade n'a pas eu un seul jour de fièvre et d'ailleurs ses urines ne contenaient d'autre pus que celui qui provenait de l'urèthre postérieur.

Nous n'avions donc pas affaire à une pyélo-néphrite par propagation, mais à une albuminurie par intoxication générale.

b) *Manifestations cutanées.* — Signalées par les anciens auteurs elles ont été étudiées par Andret, Mesnet, puis par Balzer, Perrin, Pellan.

Ce dernier auteur, dans une thèse soutenue devant la Faculté de Bordeaux en 1893, arrive à des conclusions qu'il nous semble utile de reproduire ici.

Conclusions de la thèse de Pellan.

La blennorrhagie, maladie infectieuse, est susceptible de déterminer des éruptions cutanées en dehors de toute intervention médicamenteuse.

Ces manifestations cutanées n'ont pas de caractères précis. Ce sont des éruptions polymorphes survenant en général chez des blennorrhagiques qui présentent, en dehors de l'écoulement lui-même, d'autres symptômes infectieux et s'accompagnent le plus ordinairement de fièvre et même d'un état général parfois assez grave.

L'absence de gonocoques dans le sang et dans les liquides articulaires ne permet pas d'attribuer l'érythème blennorrhagique à la gonohémie. L'absence d'autres microbes ne permet pas davantage de l'attribuer à une infection secondaire à laquelle la blennorrhagie aurait ouvert la voie.

Il s'agit probablement d'érythème angio-nerveux dont la blennorrhagie a déterminé la production par action sur le système vaso-moteur.

Le diagnostic en général facile devient presque impossible lorsqu'il s'agit d'une éruption blennorrhagique dans la pathogénie de laquelle a pu intervenir le copahu.

Nous donnons en outre une observation d'érythème blennorrhagique extraite du registre des observations de la Clinique de M. le professeur Gémy.

Observation XIII

B. J..., Espagnol, terrassier, dix-huit ans, entre à la clinique le 4 septembre 1895, salle Ricord, n° 16.

Blennorrhagie aiguë remontant à huit jours. Douleurs assez vives.

Le 5 octobre, en découvrant le malade, on constate sur toute la surface du corps un érythème généralisé en forme de dentelle à très larges mailles, celles-ci ayant la dimension d'une pièce de deux francs tandis que le réseau est constitué par des lignes de 3 à 4 millimètres de largeur. *Il n'y a pas de démangeaison.* L'écoulement est toujours abondant et franchement inflammatoire.

Il est impossible de confondre cet érythème avec la roséole copahivique, qui est prurigineuse et qui occupe de préférence les coudes et les genoux. On ne peut pas la confondre avec un érythème quinique, qui, lui, est aussi prurigineux et ne revêt jamais la forme réticulaire (le malade avait pris, mais au début, du copahu et du sulfate de quinine). C'est donc, selon toutes probabilités, à un érythème blennorrhagique que nous avons affaire.

Température axillaire pendant la durée de l'éruption, 38° 3. Le quatrième jour, l'éruption avait à peu près disparu.

Nous venons de voir que Pellan semble attribuer les manifestations cutanées à la seule élimination des toxines par la

peau ; ajoutons que Patoir, dans sa thèse inaugurale, conclut, avec le professeur Leloir, à la même cause pathogénique.

c) *Complications du côté du foie.* — Ce paragraphe pourrait évidemment faire partie du chapitre suivant, qui parlera des complications viscérales ; mais, considérant surtout le rôle excréteur de la glande hépatique, nous nous demandons si le poison blennorrhagique ne pourrait pas y déterminer des lésions, de même que le poison alcoolique y détermine des cirrhoses. Nous nous empressons de dire que nous ne connaissons pas de fait de ce genre. Cependant, nous avons trouvé dans la thèse de Patoir, la relation d'un ictère concomitant d'une blennorrhagie avec complications générales fébriles.

Le foie peut aussi être atteint directement par l'envahissement gonococcien.

Dans l'observation d'Aufrecht. il s'agit d'un nouveau-né, qui eut successivement phlébite des veines ombilicales et abcès multiples du foie. Ces abcès contenaient des microcoques semblables à ceux de Neisser, la mère était atteinte de blennorrhagie.

D. — **Complications viscérales.**

Nous venons de parler des complications du côté du rein et du foie ; pour des raisons que nous avons indiquées, nous leur avons donné place dans le paragraphe précédent, bien qu'il eût été possible de les placer aussi dans celui-ci.

Restent maintenant les complications du côté du cœur, du poumon et du tube digestif.

Nous citerons enfin les complications du côté de la grande séreuse péritonéale.

a) *Complications cardiaques.* — Au cours du pseudo-rhumatisme blennorrhagique, comme au cours du rhumatisme articulaire aigu, peuvent éclater des accidents du côté du péricarde et de l'endocarde.

Ces accidents sont, il est vrai, assez rares, et Molen donne la proportion de 1 sur 8. Ricord les avait signalés : « J'ai pu constater, dit-il, dans des cas de rhumatisme blennorrhagique, aussi complets que possible, des symptômes d'endocardite et des épanchements dans le péricarde. »

Puis, Lacassagne, Marty, Vidart, Desnos, Pfühl, Derignac et Mousson, Gluzinski, Mac Donnel, His en ont rapporté des cas et étudié la symptomatologie.

Péricardite. — Elle peut exister seule ou accompagner des lésions de l'endocarde. Le plus souvent elle est seulement caractérisée par un bruit de frottement ; il n'y a que de la péricardite sèche. On peut cependant rencontrer un épanchement dans la séreuse.

Souplet avance que la péricardite peut compliquer une blennorrhagie en dehors de toute attaque articulaire et donne une observation dans ce sens.

Endocardite. — Les observations d'endocardite, au cours de la blennorrhagie, ne sont pas nombreuses, une quarantaine au plus, encore plusieurs d'entre elles sont-elles suspectes.

Weichselbaum, faisant l'autopsie d'un malade mort d'endocardite à la suite d'une blennorrhagie, trouva dans les végétations, non pas le gonocoque, mais le streptocoque.

Ce fait semble donner raison aux partisans de l'infection secondaire.

Fait plus important, His relate le cas d'un étudiant qui vit une endocardite antérieure s'aggraver du fait d'une chaudepisse intercurrente.

Bien que les observations d'endocardite blennorrhagique soient peu nombreuses, Gluzinski a cru pouvoir les classer en deux groupes. Le premier comprend la forme grave, la forme d'endocardite ulcéreuse; le second la forme chronique, à évolution lente.

On a dit enfin des lésions de l'endocarde, ce qu'on a dit aussi de celles du péricarde, qu'elles pouvaient évoluer en dehors de toute complication articulaire.

D'après Finger, l'endocardite blennorrhagique doit être considérée comme une manifestation directe de la chaude-pisse.

b) *Appareil respiratoire.* — Les complications de la blennorrhagie du côté de l'appareil respiratoire sont si rares, et les observations qu'on en a sont si peu probantes, que nous nous bornons à les signaler.

Cornil et Klippel, dans le *Bulletin de la Société Anatomique* en 1887, ont publié un cas de pleuro-pneumonie.

Bories, au Congrès de Toulouse en 1887, cite un cas d'œdème de la glotte et, ce qui le détermine à conclure à la nature blennorrhagique de cet œdème, c'est cette considération que « si le gonocoque est susceptible d'envahir le milieu organique et de se généraliser, il n'y a point de manifestation dont il ne soit capable, il n'y a point d'organe qu'il ne puisse envahir. »

c) *Appareil digestif.* — Nous avons déjà signalé lorsque nous avons parlé des accidents généraux et de la blennorrhagie, les troubles gastriques qui accompagnent une chaude-pisse. Aussi bien n'est-ce pas de ces accidents que nous voulons parler maintenant.

Nous ne savons pas si le gonocoque est capable de vivre dans la partie moyenne du tube intestinal, nous voulons désigner toute la très grande portion de ce tube comprise

entre la partie inférieure du pharynx et la partie supérieure du rectum. Mais nous savons fort bien qu'il existe une blennorrhagie anale et une blennorrhagie buccale, de même qu'il existe une localisation de la blennorrhagie sur la muqueuse nasale.

L'une et l'autre ont pour cause immédiate le contact direct de l'agent microbien avec la muqueuse ; mais, à côté de ces accidents, on a vu la stomatite ulcéro-membraneuse évoluer chez des blennorrhagiens et on a cru pouvoir signaler dans ces cas une relation de cause à effet entre l'écoulement urétral et la lésion buccale.

Ménard, le premier, en 1889, appela l'attention sur ces accidents; mais il ne signale pas la présence du gonocoque. Dohrn (IVe Congrès de la Société Allemande de Gynécologie, en 1891), parle de stomatite chez un enfant nouveau-né atteint de conjonctivite blennorrhagique. Il déclare avoir trouvé le gonocoque.

Patoir publie, d'aprèsLeloir, un cas de stomatite qu'il croit pouvoir attribuer à la blennorrhagie.

Nous-même, avons observé un cas de ce genre l'an dernier à la consultation externe de l'hôpital de Mustapha.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-sept ans qui venait de contracter sa première blennorrhagie. Quinze jours après, orchi-épididymite droite. Traitement par application de glycérine gaïacolée.

L'orchite était à peine guérie, que se déclarait une stomatite ulcéro-membraneuse intense qui, traitée par le chlorate de potasse, évolua en quinze jours. Malheureusement nous n'avons pu faire l'examen bactériologique.

d) *Complications du côté du péritoine.* — Pour ne pas créer un chapitre spécial, nous les traitons dans le même chapitre que les complications viscérales, bien qu'aucune raison anatomique ne nous y autorise.

Plus particulièrement observée chez la femme, la péritonite a pu être reproduite expérimentalement par Wertheim, après inoculation de cultures de gonocoques dans le péritoine. La pathogénie de cette affection est facile à comprendre chez la femme; elle succède à une annexite gonococcique. Chez l'homme, où elle a cependant été observée, notamment par Horowitz, par Dolbeau, par Terrillon, le processus pathogénique est plus difficile à comprendre, elle semble dans la plupart des cas être consécutive à des manifestations testiculaires. Presque toujours le gonocoque a été trouvé dans l'exsudat péritonéal.

E. — **Complications oculaires.**

De même que pour les accidents de la muqueuse rectale et de la muqueuse buccale, nous distinguerons ceux qui sont dus au transport direct de l'agent infectieux et ceux qui, sans qu'on puisse invoquer cette contagion, évoluent au cours d'une chaude-pisse. Nous n'avons à parler des premiers que pour les signaler.

En ce qui concerne les seconds, ils ont été observés presque en même temps que le pseudo-rhumatisme et déjà signalés par Lagneau en 1821.

On a observé la conjonctivite simple ou accompagnée d'iritis, d'irido-choroïdite. Nous avons déjà parlé de la névrite optique signalée par M. Panas et que nous avons classée parmi les complications nerveuses.

Il nous a été donné d'observer à la Clinique de M. le professeur Gémy un malade qui fit plusieurs poussées successives de pseudo-rhumatisme ; à chaque fois, évoluait en même temps une iritis qui disparaissait avec les accidents articulaires.

CHAPITRE V

Infection purulente au cours de la blennorrhagie.

Nous avons voulu faire un chapitre spécial pour l'infection purulente au cours de la blennorrhagie, bien que notre division en complications générales et complications localisées paraisse devoir englober toutes les manifestations extra-génitales de la chaude-pisse. Mais il nous a semblé que l'infection purulente appartenait à l'un et à l'autre groupe ; au groupe des complications localisées, si l'on considère qu'il s'agit de la gonohémie, et que le sang, pris dans son ensemble, constitue bien un seul et même appareil physiologique ; au groupe des complications générales, si l'on considère que tous les organes étant tributaires du sang, une altération de celui-ci entraîne évidemment des troubles simultanés dans le fonctionnement de tous ceux-là.

D'autre part, il nous a semblé aussi que la constatation de l'agent infectieux de la blennorrhagie dans le sang devait servir de préambule au chapitre que nous comptons écrire sur la pathogénie des accidents observés et par conséquent trouvait sa place dans un chapitre le précédant immédiatement.

L'infection purulente caractérisée par « des frissons répétés, une haute température, des sueurs profuses suivies de dépôt de pus dans les jointures, le tissu cellulaire ou un organe » (Spencer Wells) a été observée plusieurs fois au cours de la blennorrhagie.

Elle était consécutive à une arthrite purulente, à une phlébite d'une ou plusieurs veines, voisines ou non du foyer urétheral blennorrhagique. Nous avons pu relever ainsi dans la littérature médicale une douzaine de cas d'infection purulente. Nous devons avouer que nous sommes fort perplexe. Pour peu d'entre eux une analyse bactériologique rigoureuse fut pratiquée, et, dans les rares circonstances où elle le fut, la découverte du gonocoque n'en fut pas toujours le résultat. Nous n'avons même trouvé qu'un cas digne d'être cité. Il est consigné dans la thèse de Martin qui constata dans les foyers métastatiques des organes, après une pyohémie blennorrhagique, la présence de microcoques en tout semblables à ceux décrits par Neisser. Peut-être est-il utile de rapprocher de cette constatation celle que fit Sahli, de gonocoques dans le pus d'un abcès cutané, bien que, en réalité, il ne s'agisse pas dans ce cas de pyohémie.

D'un autre côté, Jullien et Hallier déclarent avoir découvert le gonocoque dans le sang chaque fois qu'ils se sont trouvés en présence de manifestations générales. Ces deux auteurs sont très affirmatifs à ce sujet. Dans une thèse de Paris (1889) Patris de Broë s'élève contre ces conclusions et déclare qu'ils ont dû *se tromper* et prendre pour *des gonocoques* des *granulations élémentaires douées de mouvement.* Certes, s'il était permis de manifester une secrète sympathie pour telle ou telle doctrine, sans l'appuyer sur des résultats expérimentaux indiscutables, nous n'hésiterions pas, c'est du côté de MM. Hallier et Jullien que nous nous rangerions,

tant il nous semble logique d'amettre *a priori* la présence du gonocoque dans le sang chez quelques-uns des malades atteints de pyohémie au cours de la chaude-pisse. Nous disons chez quelques-uns, car les microbes pyogènes ordinaires peuvent être la cause du même processus morbide.

Mais des cas semblables ne rentrent pas dans le cadre de notre étude ; il s'agit alors d'accidents parablennorrhagiques et non blennorrhagiques.

Pour nous résumer, nous dirons donc que l'infection purulente a été observée au cours de la blennorrhagie.

Au point de vue clinique, elle ne diffère pas de l'infection purulente ordinairement observée.

Elle paraît due, dans certains cas, au gonocoque lui-même (cas de Martin), ce sont les seuls qui nous intéressent. Dans d'autres, elle ne serait due qu'à l'introduction, par la brèche uréthrale, de micro-organismes pyogènes. C'est l'infection purulente parablennorrhagique.

Enfin, il convient d'ajouter qu'elle est rare, et que, de par ce fait, son étude, même clinique, est loin d'être complète.

CHAPITRE VI

Pathogénie des accidents blennorrhagiques.

Ce n'est pas sans une certaine crainte que nous abordons cette partie de notre sujet. Non seulement l'interprétation des faits que nous venons d'exposer nous semble chose difficile et délicate, mais notre embarras se trouve encore augmenté en présence des nombreuses théories émises jusqu'à ce jour. Nous ne parlerons que pour mémoire de la théorie métastatique si complètement réfutée par Fournier.

Lorsque en 1879 et en 1882, Neisser annonça et confirma la découverte du gonocoque, il parut évident que tous les accidents observés pouvaient être directement rapportés à cet agent infectieux. L'expérience n'avait plus qu'à démontrer la présence du microcoque de Neisser dans les différents tissus atteints par l'infection et à démontrer aussi que l'inoculation directe du gonocoque produisait ces mêmes accidents. Malheureusement, des recherches faites dans ce sens n'aboutirent pas.

Nous avons vu dans l'aperçu historique qui précède ce travail que nombre d'observateurs ne trouvent pas toujours le gonocoque dans les organes qui sont le siége de

manifestations blennorrhagiques ; on inocule le gonocoque à des animaux et on n'obtient pas de résultat.

Le microbe de Neisser est dès lors battu en brèche. On va jusqu'à nier sa spécificité et les bactéries pyogènes observées à côté de lui deviennent les seules coupables. C'était évidemment aller trop loin.

La découverte des toxines bactériennes fait naître la théorie de l'intoxication par les poisons gonococciens.

En résumé, trois théories sont en présence :

1° L'infection par envahissement gonococcien ;

2° L'empoisonnement par les toxines du gonocoque ;

3° La généralisation par infections secondaires.

Nous allons passer en revue chacune de ces théories.

a) *Infection par envahissement gonococcien.* — Nous avons vu quelles grosses objections expérimentales avait soulevées cette théorie émise tout de suite après la découverte du gonocoque. Le micro-organisme de Neisser n'a pas été trouvé toujours là où on aurait dû le rencontrer, même après que Legrain eut armé les chercheurs d'un excellent procédé de diagnose, et l'inoculation du pus blennorrhagique se trouva ne pas donner les résultats attendus puisqu'il fut résorbé sur place dans toutes les tentatives. Nous ne pouvons pas entrer dans l'étude bactériologique complète du gonocoque, si bien faite il y a deux ans par Bosc dans sa thèse inaugurale. Nous dirons seulement que la présence de ce microbe, au milieu de liquides et de tissus, est, somme toute, chose quelquefois difficile à mettre en évidence. La décoloration par le Gram constitue certainement un excellent procédé de diagnostic ; mais, en bactériologie, une technique uniforme est difficile à établir, d'où les résultats souvent contradictoires obtenus par plusieurs observateurs. D'autre part nous sommes bien près d'admettre la théorie du polymorphisme

microbien. Il y a là une question d'adaptation au milieu. Pourquoi les microbes ne modifieraient-ils pas leur façon d'être en changeant d'habitat ? De telles modifications ne ne sont-elles pas observées *in vitro* ? C'est une simple hypothèse que nous avançons et nous devons déclarer qu'aucun fait expérimental, à notre connaissance du moins, ne peut venir l'appuyer.

Le gonocoque n'a donc pas toujours été trouvé dans les tissus frappés d'infection blennorrhagique. Janet et Guyon, Bornemann, Stratigopoulos, Patris de Broë et d'autres encore échouèrent dans cette recherche. D'autre part, Bouchard déclare l'avoir trouvé dans des articulations atteintes de pseudo-rhumatisme, et Jullien et Capitan l'ont décrit dans le sang de blennorrhagiens.

De ces résultats contradictoires nous ne voulons retenir qu'une chose : c'est qu'il est possible de trouver le microcoque de Neisser en dehors du pus uréthral. Fort de cette constatation nous pourrons répondre à ceux qui battent en brèche la théorie de l'infection par le gonocoque qu'un microbe, capable de provoquer une suppuration au niveau de la muqueuse de l'urèthre, peut fort bien en provoquer ailleurs puisqu'on a constaté son émigration, et que, peut-être, il faut seulement attribuer à un défaut de technique ou à une connaissance imparfaite de sa morphologie, les insuccès signalés par divers auteurs.

Mais la constatation d'un microbe au sein des tissus ne suffit pas à caractériser la spécificité de ce micro-organisme; l'expérimentation n'est complète que si, inoculé à un organisme sain, l'agent incriminé est capable de reproduire les lésions observées.

Ici, la difficulté devient plus grande encore, la confusion plus complète.

En 1887, Ch. Audry avait inoculé sans succès des cultures de gonocoque dans les veines et dans les articulations d'animaux d'expériences. Bumm rapporte, en 1891, au Congrès de Bonn, un insuccès du même genre. Nous avons aussi répété cette expérience au laboratoire des recherches de l'Institut Pasteur d'Alger.

Nous avons inoculé 1/4 de centimètre cube de pus uréthral contenant de nombreux gonocoques, sous la peau d'un cobaye; le pus s'est résorbé. Un point induré non inflammatoire marquait seul la trace de l'inoculation ; il a d'ailleurs disparu en huit jours. L'animal n'a pas eu de fièvre.

Nous savons qu'en culture le gonocoque perd très rapidement sa virulence. Ces cultures sont, d'ailleurs, elles-même très difficiles à obtenir; et, sauf quelques auteurs allemands qui prétendent avoir pu déterminer une blennorrhagie avec une douzième et même une quinzième génération, presque tous les expérimentateurs ont pu constater la rapide innocuité des colonies obtenues.

Le gonocoque est donc un micro-organisme délicat et nous possédons mal la technique de sa manipulation. Rien d'étonnant alors à ce que, brutalisé par des transports maladroits, son inoculation soit restée sans effet.

Nous ne sommes donc pas encore autorisés à rejeter, de par l'expérimentation, la spécificité du gonocoque dans la complication à distance de la blennorrhagie, et nous le répétons, sa présence dans le sang et dans les tissus, présence dûment constatée (Hamonic, Leroy, Tedenat, Bouchard, Capitan, Jullien), est un argument qui plaide haut en faveur de la théorie gonococcienne.

Comment s'effectuerait l'émigration du micro-organisme d'abord localisé dans l'urèthre. Nous ne croyons pas être sur ce sujet plus renseigné que pour les autres maladies infectieuses.

Il semblerait résulter de recherches bien faites que le gonocoque peut s'enfoncer dans la profondeur de l'épithélium uréthral (on a fait la même constatation sur la conjonctive oculaire), gagner le tissu sous-muqueux ; là, en contact avec des leucocytes, il serait absorbé par eux et transporté au loin.

b) *Empoisonnement par les toxines gonococciennes.* — Gamalëia a soutenu que les microbes ne sont pathogènes que par les toxines qu'ils fabriquent. Roux et Yersin, dans leurs travaux sur la diphtérie, ont montré que les toxines du bacille Klœbs-Lœffler produisaient les mêmes accidents que le ferment figuré lui-même. Certes, voilà une théorie séduisante.

En ce qui concerne les toxines du gonocoque, nous savons seulement qu'elles ont été étudiées par Eraud et Hougonencq qui ont obtenu une toxalbumine solide, laquelle, injectée dans le testicule d'un chien, y aurait déterminé une orchite suivie d'atrophie. Mais n'est-on pas en droit de se demander si une substance toxique quelconque, inoculée dans les mêmes conditions, n'aurait pas produit les mêmes effets.

Les résultats expérimentaux ne peuvent donc pas être invoqués pour établir le rôle de toxines gonoccociennes dans la genèse des complications de la blennorrhagie.

Cependant nous croyons que dans un avenir prochain cette théorie aura reçu une confirmation expérimentale.

Il nous semble que pour expliquer les troubles du début, troubles qui apparaissent souvent dans la période *d'incubation de la chaude-pisse*, alors que la colonie microbienne est naissante, ainsi que pour expliquer les manifestations cutanées, plus ou moins accompagnées d'état pseudo-typhoïde, l'action des toxines est plus légitimement invoquée, tandis que un pseudo-rhumatisme articulaire prolongé, une conjonc-

tivite, une iritis, une périostite seraient plus directement imputables au développement après transport par voie interne, d'une colonie de gonocoques *in loco dolenti*; et ceci n'exclue pas, bien entendu, l'action sur place des toxines fabriquées à ce niveau.

c) Théorie des infections secondaires. — De nombreux microbes vivent en compagnie du gonocoque dans le pus uréthral. Legrain en a compté seize espèces différentes. La plupart sont pyogènes. Comme beaucoup d'auteurs éprouvaient des déceptions dans la recherche du microcoque de Neisser en dehors de l'urèthre, ils en conclurent que toutes les manifestations extra-génitales de la chaude-pisse, jusque là mises sur le compte du gonocoque, devaient être plus rationnellement attribuées aux microbes dont nous avons parlé plus haut. Comme toutes les constatations du gonocoque sont antérieures à l'emploi de la décoloration par le Gram, ces constatations, ont-ils déclaré, sont suspectes, si bien suspectes que « nous n'avons pu déceler le gonocoque là où il avait été déjà signalé ».

Aubert, Legrain, Patris de Broë se font les ardents défenseurs de cette doctrine. Le gonocoque ouvre la brèche, et les microbes, qui vivaient en saprophyte à côté de lui, envahissent l'organisme.

Parmi ces microbes, deux surtout sont importants : le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus pyogenes albus. Ce sont les microbes de la suppuration.

Certes, nous sommes loin de rejeter complètement la théorie des infections secondaires; la seule présence des micro-organismes que nous venons de citer, suffirait pour nous convaincre, et nous croyons que certains accidents, les accidents pyohémiques notamment, sont parfois imputables aux seuls microbes pyogènes. Mais à ceux qui refusent toute

action pathogénique au gonocoque pour n'accuser que les micro-organisme de la suppuration, nous répondrons, qu'il est vraiment remarquable que ce soit seulement à l'occasion de la blennorrhagie que le staphylocoque produise des pseudo-rhumatismes, des accidents médullaires, des névrites, alors que dans une poussée de furonculose, par exemple, rien de tout cela n'est observé. Le fait seul de passer par l'urèthre serait donc pour le staphylocoque une cause d'augmentation de virulence. C'est vraiment inadmissible. Pour notre part, nous croyons qu'on peut, en effet, attribuer aux microbes de la suppuration quelques-uns des accidents qui compliquent la blennorrhagie. Tels seraient, par exemple, certains cas de pyohémie et de suppurations survenant au cours d'arthrites, etc Mais que, à côté de ces accidents, il en existe d'autres, et ce sont les plus fréquents, qui relèvent bien du seul gonocoque; et même, renversant la proposition fondamentale des partisans de l'infection secondaire, dirons-nous, que ces microbes pyogènes uniquement incriminés n'ont pu agir et produire des désordres aussi graves que précisément parce que la résistance de l'organisme a déjà été diminuée de par le fait du gonocoque. Une telle interprétation pathogénique nous semble plus applicable aux faits cliniques que nous avons observés.

Les accidents non gonococciens, que nous admettons, ne sont donc pas des manifestations blennorrhagiques mais bien des manifestations parablennorrhagiques se produisant à cause de la blennorrhagie et non par elle.

Résumant donc cette discussion, nous dirons que : 1° l'infection blennorrhagique a sans doute pour principal facteur la diffusion des toxines gonococciennes dans l'organisme, et que, 2° ces toxines ne sont pas seulement fabriquées au niveau de l'urèthre, le microcoque de Neisser pouvant enva-

hir l'organisme et multiplier ainsi les centres d'élaboration. En l'état actuel des connaissances, telles sont les conclusions auxquelles nous croyons devoir nous arrêter.

Il nous reste maintenant à examiner quelles causes, quelles influences peuvent favoriser l'apparition des accidents à distance de la blennorrhagie. D'une manière générale, il est aisé de comprendre que toutes les causes qui mettent l'organisme en état de moindre résistance, peuvent avoir une influence sur l'évolution de ces accidents. C'est ainsi que nous avons vu, au début de ce travail, que les conditions hygiéniques dans lesquelles vit le malade, commandent pour ainsi dire la durée des accidents généraux que nous avons signalés.

Mais, il est une autre cause plus directement appréciable, dont nous voulons parler, et pour laquelle, d'ailleurs, nous avons ouvert ce paragraphe. Nous voulons désigner le traumatisme.

Divers auteurs ont déjà signalé cette influence du traumatisme, et Brun, entre autres, insiste sur l'importance des violences extérieures, comme mise en œuvre de l'arthrite blennorrhagique. Si nous nous reportons à l'Observation VII de ce travail, nous voyons les accidents apparaître quelques heures à peine après un traumatisme assez violent (blessure de l'avant-bras droit par un éclat de vitre brisée). Un de nos amis, médecin des colonies, nous racontait tout dernièrement qu'il avait vu apparaître un pseudo-rhumatisme généralisé chez un nègre atteint de blennorrhagie, après une amputation d'un doigt.

Enfin, ne pourrions-nous pas considérer comme un traumatisme, la reprise des occupations ordinaires, après un

repos prolongé. Dans cette hypothèse, l'Observation II est un exemple typique de ce que nous avançons.

Nous avons voulu insister sur cette influence manifeste du traumatisme, parce que, nous semble-t-il, c'est une preuve clinique de plus à ajouter aux faits si nombreux qui établissent la nature infectieuse de la blennorrhagie. Le traumatisme n'est-il pas un facteur étiologique important dans l'évolution des autres maladies infectieuses ?

Nous venons donc de passer en revue les différentes manifestations extra-génitales de la blennorrhagie ; nous avons vu combien elles sont différentes dans leurs formes et dans leurs localisations et cependant nous avons cru pouvoir les attribuer à une cause unique, le gonocoque, tout en admettant que d'autres microbes, compagnons du microcoque de Neisser dans le pus uréthral, pouvaient provoquer eux aussi des accidents à distance. Peut-être n'est-il pas encore possible, avec les données cliniques que nous possédons, de distinguer nettement ceux-ci d'avec ceux-là.

Peu importe, les premiers existent, ils forment un tout qu'il est possible de rattacher à une seule et même cause « la gonococcie »; et ce mot s'applique, bien entendu, tout aussi bien au seul envahissement par le microbe qu'à l'empoisonnement par ses toxines. Une telle dénomination a, nous semble-t-il, l'avantage de préciser la nature intime de l'objet qu'elle désigne; elle est à elle seule une synthèse étiologique.

Or, le progrès en médecine est actuellement marqué par la tendance à substituer la thérapeutique des causes à la thérapeutique des symptômes.

Soigner une blennorrhagie ne doit pas être : seulement faire cesser l'écoulement, mais bien empêcher le gonocoque de vivre au sein de nos tissus.

La terminologie médicale doit s'appliquer à rendre exactement les tendances doctrinales dominantes.

Aussi nous semblerait-il plus rationnel de dire non pas : arthrite blennorrhagique mais gonococcie articulaire comme on dit tuberculose testiculaire ou pneumococcie méningée. La cause et la localisation sont à la fois nettement désignées dans une telle dénomination.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
P. COYNE.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
Dr BLAREZ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 Juillet 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard et Hartmann. — Sur un cas de fièvre uréthrale, Société de biologie, janvier 1892.

Amaral. — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (Thèse Paris, 1891).

Andret. — *Des manifestations cutanées de la blennorrhagie* (Paris, 1884).

Arnozan. — Néphrite survenue au cours d'une blennorrhagie, *France médicale*, 4 juin 1876.

Arnozan et Cheminade. — Le pouls et le cœur des blennorrhagiens, *Bull. de la Soc. méd. et chir. Bordeaux*, 1890, p. 342.

Aubert. — Le gonocoque en médecine légale, *Lyon médical*, 1888.

Audry. — *Précis des maladies blennorrhagiques*, Paris, 1894.

Baisle. — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (Thèse Paris, 1888).

Ballet (Gilbert). — Pseudo-scarlatine et pseudo-rougeole. *Archiv. gén. de méd.*, sept. 1882. — Des manifestations cutanées de la blennorrhagie, *Revue de médecine*, 1885.

Balzer. — Erythème infectieux au cours d'une blennorrhagie, *Gazette médicale*, juin 1884.

Balzer et Souplet. — Albuminurie liée à la blennorrhagie, *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, avril 1891 et février 1892.

Bazin. — Dermatose, *Dictionnaire encyclopédique.*

Besnier. — Rhumatisme, *in Dictionnaire Dechambre.*

Bockhart. — Ueber die pseudo gonorrhoïsche Entzundung der Harrohen und der Nebenhoden, 1886.

Bonnet. — Complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique (Thèse Paris, 1877).

Bornemann. — Thèse de Copenhague, 1887.

Bosc. — Le gonocoque (Thèse Montpellier, 1894).

Bouchard. — *Revue de médecine*, 1881.

Brandes. — *Archives générales de médecine*, 1854.

Brown-Séquard. — *Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*, Paris 1861.

Bumm. — Recherches sur la gonorrhée de la femme, *Archives für gyn.* 1886, p. 327. — Communication au Congrès de Bonn, 1891.

Brun. — Thèse de Paris, 1881.

Champeil. — Contribution à l'étude des cystites tardives dans la blennorrhagie (Thèse Paris, 1888).

Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1880, t. II, p. 3.

Charrier. — La péritonite blennorrhagique chez la femme (Thèse, 1892).

Clarke-Bruce. — Complication blennorrhagique, *St-Barthelemy's hospital reports*, vol. XXII, 1888.

Chavier et Février. — *Revue de médecine*, 1888.

Chevalier. — Pathogénie du rhumatisme blennorrhagique (Thèse 1875).

Ceppi. — Péritonite blennorrhagique, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1887.

Cullere. — *Ann. médico-psychologiques*, sept.-oct., 1894.

Cuttler. — Stomatite blennorrhagique, *Bull. méd.*, janv. 1889.

Curtis. — Parotidite compliquant une blennorrhagie, *New-York médical Journal*, 1887.

Darier. — Arthrite à la suite d'ophtalmie purulente, *Archives d'ophtalmologie*, 1889, p. 175.

Déjerine. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 27 juin 1891.

Delprat. — Lésions cardiaques au cours de la blennorrhagie (Th. Paris, 1882).

Derignac. — *France médicale*, 1882.

Desnos et Lemaitre. — *Progrès médical*, 12 décembre 1894.

Deutschmann. — Arthritis blennorrhoïca, *Alb. v. Græfe's Arch, für Opht.*, 1890.

Diday. — Thèse, 1873.

Dohrn. — Communication au IVe Congrès de la Société allemande de gynécologie, 1894.

Ducrey. — *Ann. de derm. et syph.*, 1890, p. 66.

Dufour. — Thèse Paris, 1889.

Dujardin-Baumetz. — Thèse d'agrég., 1872.

Duplaix. — Etudes sur le purpura, *Gazette des hôpitaux*, déc. 1888.

Eraud. — De la non spécificité du gonocoque, *Ann. de Dermatologie et syphil.*, 1890, p. 426. — Epididymite blennorrhagique terminée par suppuration, *Ann. de Dermat. et de Syphiligraphie*, 1892, p. 164. — Blennorrhagie chez la femme, *Lyon Médical*, 1888 ; *Bull. Méd.*, août 1889.

Etienne. — Les paraplégies urinaires, *Revue générale de clinique et de thérap.*, 1888.

Faucon. — Péritonite et phlegmon sous-péritonéal blennorrhagiques.

Féréol. — *Arch. géné. de méd.*, 1877. — *Union médicale*, 1866.

Finger. — *La blennorrhagie et ses complications*, 1891.

Foucart. — Quelques considérations pour servir à l'histoire du rhumat. blenn., Bordeaux, 1846.

Fournier. — Blennorrhagie, *in dict.* de Jaccoud. — *Union médicale*, 1868. — *Annales de dermatologie*, 1869. — *Gazette des hôpitaux*, 1885. — *Ann. de dermat.*, 25 janv. 1889. — *Ann. de dermat. et syph.*, 1892, p. 697.

French-Banham. — *The Lancet*, 1886.

Furbringer. — *Traité des maladies des organes génito-urinaires.*

Gamaléia. — *Les poisons bactériens*, 1893.

Giovaninni. — *Centralbl. für die med. Wissen.*, nº 48, 1886.

Gluzinski. — *Arch. für derm. und syph.*, 1889.

Goll. — *Correspondenzb. für schw. aert.*, 1891, nº 8.

Grisolle. — *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 306.

Gull. — On paralysies of the lower extremities consequent diseases of the Bladder and Kidneys, *Guys hospital reports*, 1861.

Guyon. — *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.* — Congrès français de chirurgie, 1892.

Hamonic. — *In* Thèse de Martel.

Haslund. — *Vierteljahr. f. derm. und syph.*, 1880, p. 382 et 1884, p. 359.

Hayem et Parmentier. — *Revue de médecine*, 1888.

His. — *Berliner Klin Woch.*, 1892, nº 40.

Home. — *Pratical observations on the treatment of strictures in the urethra*, London 1803.

Horand. — Blennorrhagie chez la femme, *Lyon méd.*, 1888.

Jaccoud. — Des paraplégies et de l'ataxie du mouvement, thèse d'agrégation, 1864.

Jacobi. — Complications métastatiques de la blennorrhagie (achyllodynie), *Ann. de Derm.*, 1894.

Jacquet. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1892.

Jacquin. — Adénite inguinale blenn., thèse Paris, 1884.

Jubiot. — Cystite et néphrite blenn., thèse Strasbourg, 1869.

Jullien — *Traité pratique des maladies vénériennes.*

Jullien. — *Union Médicale*, 1892.

Kammerer. — *Centralb. für chirurgie*, 1884.

Klippel. — Erythème blennorrhagique, *Annales médico-chirurg.* 1885. — Deux cas d'arthrite blennorrhagie, *Ann. médico-chir*, 1887.

Kussmann. — Zur lehre von der Paraplegia urinaria, *Wurzburger med. Zeitschrift*, 1863.

Lacassagne. — *Archives générales de médecine*, 1872.

Lelong. — Thèse Paris, 1869.

Leneveu. — Thèse Paris, 1878.

Legrain. — Diagnose du gonocoque, *Revue médicale de l'Est*, 1888, n° 18. — Les microbes des écoulements de l'urèthre. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathologie des uréthrites (Thèse Nancy, 1888.)

Leroy d'Etioles. — *Paralysies des membres inférieurs*, 1856.

Lyon. — Revue critique sur le rhumatisme blennorrhagique. *Annales de méd.*, 1891.

Lyon médical. — Discussion à la Société médicale sur la blenn., 1888.

Martel. — Thèse, 1887.

Martin. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1882.

Mathieu. — Purpuras blenn., Paris, 1883.

Mauriac. — *Observation de synovite tendineuse blenn.*, 1878.

Maymon. — *Etudes sur la synovite tendineuse blenn.*, 1875.

Menard. — Stomatite ulcéro-membraneuse blenn., *Ann. de derm. et syph.*, sept., 1889.

Mesnet. — *Erythèmes blennorrhagiques*, 1884.

Minguet. — Thèse, 1892.

Morax. — *Progrès médical*, 1892.

Morel. — Thèse, 1878.

Neisser. — Congrès de Vienne 1892.

Neumann. — *Traité des maladies vénériennes et de la syphilis*, Vienne, 1888.

Oudin. — *Annales de derm. et syph.*, 1892.

Ozenne. — *Ann. de derm et syph.*, 1892.

Panas. — *Sem. med.*, 1890.

Patoir. — Thèse Lille, 1893.

Patris de Broe. — Thèse Paris, 1889.

Pellan. — Thèse Bordeaux, 1893.

Perchet. — Thèse Paris, 1888.

Perrin. — Blennorrhagie avec complications multiples (pyémie), *Bull. méd.*, août 1889.

Peter. — Sciatique double symptomatique d'une lésion de la moelle au cours d'une blennorrhagie, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1866. — Epididymite blennorrhagique suivie de péritonite, pleurésie, etc., *Union médicale*, 1856.

Pidoux. — Arachnitis purulente blennorrhagique, *Soc. méd. des hôp.*, 1867.

Porrey. — Recherches sur les microbes de la blennorrhagie, Thèse de Paris, 1888.

Quénu. — Salpingites blennorrhagiques, *Bull. méd.*, décembre 1888.

Rauzier. — Le gonocoque et la dualité des uréthrites (*Gaz. des sc. méd.*, Montpellier, 1888).

Ravel. — Observations pour servir à l'histoire du rhumatisme blennorrhagique, *Art médical*, 1858.

Raymond. — Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive, en rapport probable avec une infection blennorrhagique, *Gaz. méd. de Paris*, 1891.

Raynaud (L.). — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1891. — Manifestations cutanées de la blennorrhagie, *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1891. — Manifestations spinales dans la blennorrhagie, *Revue de médecine*, 1892. — Périostite blennorrhagique, *Bulletin médical de l'Algérie*, 1890.

Ricord. — *Traité de la maladie vénérienne de Hunter.*

Roger. — Atrophie musculaire progressive expérimentale, *Acad. des sciences*, 29 octobre 1891.

Roswell Park. — Pyémie comme conséquence directe de la gonorrhée (Congrès des médecins américains, septembre 1888).

Souplet. — La blennorrhagie, maladie générale, thèse de Paris, 1893.

Spillmann. — Art. péritonite *in Dictionnaire encyclopédique.*

Steinheider. — La différenciation du gonocoque, *Berlin Klin. Woch.*, 1890.

Stanley. — Mémoire sur la paraplégie urinaire (*Medico chirurgical transaction*, XVIII, 1833). — Paraplégie au cours de gonorrhée, 1856.

Strauss. — Présence du gonocoque dans un écoulement uréthral survenu sans rapports (*Arch. de méd. expérim. et anatomie path.*, 1889.)

Stratigopoulos. — Thèse Montpellier, 1888.

Terrillon. — Salpingite blenn., *Bulletin méd.*, déc. 1888.

Tixier. — Blennorrhagie. Accidents du côté de la moelle. Paraplégie. Choléra. Mort. Thèse de Paris, 1866.

Tennesson. — Hydroa et artrhopathies chez un sujet atteint de blennorrhagie, *Ann. de dermat.*, 25 février 1889.

Vachér. — Thèse, 1868

Verneuil. — *Gazette hebdomadaire*, 25 septembre 1868.

Vidart. — Rhumatisme blenn., Thèse Paris, 1875.

Viciza de Mello. — Arthropathie tibio-tarsienne blennorrhagique; méningo-myélite (*Progrès médical*, 6 oct. 1888)

Wells (Spencer). — Incomplet paralysie of the lower extremitis consected idith disease of the urinary organs, *Med. Times and Gazette*, 1857.

Welauder. — Recherches sur le gonocoque dans la blennorrhagie de la femme, *Bull. médical*, fév. 1889.

Wertheim. — Contribution à l'étude de la blennorrhagie, *Prager med. Woch.*, 1891. — Culture pure de gonocoque au moyen du procédé des plaques, *Deutsch. med. Woch.*, 1891.

Zeissl. — *Traité clinique de thérapeutique des maladies vénériennes*, Paris, 1888.

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.